

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 23 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

Théodore GAGNIÈRE

ADHÉRENCES ANORMALES
DU PLACENTA

DANS L'ACCOUCHEMENT A TERME

PRÉSIDENT : **M. BUDIN**, Professeur.

JUGES { **MM. BONNAIRE**, agrégé.
DEMELIN,
POTOCKI, } Agrégés.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. DEBOVE.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		N....
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE
		DEBOVE.
Clinique médicale.		LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique		LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement.		PINARD.
		BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

« Le mot *adhérence extraordinaire* du placenta est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare » a dit Baudelocque ; M^{me} La Chapelle semble avoir négligé cette complication de la délivrance ; et tout récemment, nous voyons J. de Bernard de Teyssier (*Th.* Lyon 1904) aborder le sujet de sa thèse par ces paroles de Braün « *L'adhérence...* est observée le plus souvent dans la pratique du jeune médecin ; plus il avance en âge, plus elle devient rare », et le limiter en réservant le nom *d'adhérences vraies*, à celles qui demandent, pour l'accomplissement de la délivrance, le broiement, l'arrachement par morceaux du tissu placentaire. Tous les auteurs par nous consultés s'accordent à considérer comme très rares les adhérences ainsi définies, et tel est bien notre avis.

Mais à côté de ces adhérences ne pouvant être détachées sur des pièces anatomiques, même à l'aide d'un scalpel, si complète est leur intimité avec la paroi utérine, il en est d'autres plus légères, se traduisant cliniquement par un simple retard à la délivrance, ou par une hémorragie, cédant toujours facilement ; il en est d'autres encore se manifestant par

ce petit morceau de cotylédon resté adhérent à la matrice, alors que toute la masse placentaire a été expulsée naturellement. Et c'est à tous ces cas, depuis le simple retard au décollement, jusqu'à la fusion la plus inextricable du placenta avec l'utérus, que nous croyons devoir attribuer le nom *d'adhérences anormales du placenta*. En d'autres termes, le placenta est normalement adhérent à la paroi utérine ; sa séparation de cette paroi, dans l'accouchement à terme, s'accomplit sous l'influence de phénomènes physiologiques, qui seront étudiés : tout obstacle (en dehors de l'inertie utérine pure ou même associé à celle-ci) empêchant le processus physiologique du décollement, crée une adhérence anormale.

Ainsi envisagées, nous pouvons dire que les *adhérences anormales du placenta* sont assez fréquentes. Loin de conclure à leur rareté, nous croyons utile de les dévoiler aux yeux de la sage-femme et de l'accoucheur, surtout celles qui parfois le plus légères ont tendance à laisser traîtreusement fixée à la paroi utérine, une parcelle du tissu placentaire, qui pourrait dans la suite occasionner pour l'accouchée de graves complications.

Certes, le sujet qui va nous occuper est loin d'être nouveau ; il serait long et fastidieux d'en faire l'histoire : car depuis Hippocrate conseillant, dans son livre de la superfétation, « *de laisser l'enfant attaché* » quand l'arrière-faix ne sort pas, jusqu'à nos jours, les noms des plus grands maîtres sont liés à l'étude des adhérences placentaires.

Néanmoins, il nous a paru intéressant d'essayer de remettre cette question au point.

Grâce au progrès des études anatomiques et surtout microscopiques, grâce à l'ère antiseptique, des modifications importantes ont été apportées à la conception que nous avions du placenta, à celle de ses adhérences anormales, à celle surtout de leur traitement.

Voilà pourquoi nous commencerons par ébaucher de notre mieux la structure du placenta, et quelques points de sa physiologie, qui devront non seulement être la base sur laquelle reposera notre sujet, mais encore lui apporter une grande lumière.

Viendra ensuite l'étude des manifestations cliniques des adhérences anormales; celle de leur anatomie pathologique, qui donne toujours la clef de la pathogénie; puis nous aborderons la question si importante du traitement, tel qu'il est établi aujourd'hui.

Mais avant, qu'un souvenir plein d'une respectueuse affection, soit ici l'humble témoignage de la reconnaissance vouée à nos maîtres.

Deux années d'études faites à l'école de Médecine de Clermont-Ferrand nous rappellent la bienveillance et l'enseignement paternel de MM. Bousquet, Du Cazal, Billard.

A la Faculté de médecine de Paris, nous avons fait un stage hospitalier dans les services des éminents professeurs MM. Cornil, Guyon.

Nous remercions vivement M. le Prof. agrégé Bonnaire, non seulement pour le sujet de notre thèse

qu'il nous a inspiré, mais encore pour la bienveillance et l'enseignement précieux que nous avons trouvés sans cesse dans son service.

Nous devons à l'amabilité de M^{lle} la Doctoresse Volovatz, et à la bonté de notre ami M. Marotte, professeur au Lycée Charlemagne, la traduction de textes étrangers, des plus intéressants pour notre thèse ; au talent de notre camarade et ami, M. Somen, les dessins qu'elle contient.

Nous adressons à M. le professeur Budin, notre profonde reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

I. — PLACENTA

C'est en étudiant l'évolution de l'œuf dans l'utérus, qu'il nous sera permis de saisir la formation des attaches placentaires à la muqueuse utérine. Cette étude établie surtout d'après l'embryologie comparée, se trouve être constituée par les « maillons d'une chaîne partout brisée » qu'il a fallu pour ainsi dire ajouter bout à bout, pour obtenir un tout complet.

Selon Prenant, vers la fin de la deuxième semaine, l'œuf qui après avoir cheminé à travers la trompe est arrivé au voisinage de l'orifice tubaire, cesse d'être libre et se voit peu à peu envelopper par la muqueuse utérine tuméfiée. Velpeau croyait que l'ovule au contact de la caduque « la déprimait et glissait entre elle et l'utérus, à la surface duquel elle finissait par se greffer. »

Des recherches récentes tendent à montrer que la fixation de l'œuf à la muqueuse utérine serait plus précoce (Hubert Peters, 1899, Hofmeier, Léopold).

FORMATION DES CADUQUES. — Comme cette muqueuse est destinée à tomber, on lui a donné le nom de caduque. La partie de cette caduque qui tapisse le



Fig. 1. — Utérus gravide du 12^e au 16^e jour (d'après Hollmann)

U, paroi du corps utérin. — o, œuf. — p, caduque inter-utéro-placentaire. — z, zone limitante de la capsule du fruit. — c, c' limite de la caduque à l'entrée du canal cervical, marquée par un sillon transversal (Varnier).

corps de l'utérus constitue la *caduque vraie ou pariétale* ; celle qui recouvre l'œuf et le sépare de la cavité utérine est la *caduque réfléchie* qui semble constituée

par un « lambeau que l'on aurait détaché de la caduque pariétale pour le rabattre sur l'œuf, de façon que la face convexe d'épithélium regarde l'épithélium de la pariétale d'en face » (Varnier).

Enfin, la caduque fournit une troisième portion, isolant l'œuf de la couche musculuse de l'utérus, formée par la partie basilaire de la capsule d'enveloppe, c'est la *sérotine ou caduque placentaire*, parce qu'elle va donner fixation à l'œuf et fournir la partie maternelle du placenta.

Pendant longtemps cette membrane avait été considérée comme faisant partie du placenta fœtal (1). Pour Ruysch, Heister, elle était un feuillet très mince du chorion; pour Lobstein Wrisberg elle n'existerait que vers le 5^{me} mois, et s'unirait très faiblement avec la caduque au pourtour du placenta. D'autres, comme Méry, Hunter, nient son existence et expliquent les attaches du placenta à l'utérus, en disant, le premier, « que le placenta s'imprime sur la surface pulpeuse de la muqueuse utérine, comme un *cachet sur la cire* » le second que « les veines de la matrice s'allongent et se dilatant, s'enfoncent dans le placenta et y font ces trous circulaires qu'on y observe. »

Baudeloque se rangeant à l'avis des anatomistes admettait qu'il s'élevait des « bourgeons vasculaires de la surface placentaire lesquels s'engageaient dans l'embouchure des sinus »;

Mais il ajoute « quelle que soit la force d'adhésion

(1) (Voir dans Mordret).

du placenta à la matrice, elle n'a lieu que par un tissu cellulaire plus ou moins dense et serré. »

Hâtons-nous de dire que Wharton, le premier, émit l'idée que le placenta se greffait sur une production fongueuse de l'utérus, et signala cette production comme un véritable placenta utérin.

FORMATION DU CHORION PLACENTAIRE. — Pendant que la muqueuse subit ces modifications, qui ont pour résultat la formation des caduques, et en particulier de la *sérotine*, du côté de l'œuf se passent des phénomènes non moins importants, dont l'aboutissant sera le *chorion placentaire*.

L'ébauche du placenta est extrêmement précoce : « les éléments primordiaux du *chorion* sont constitués à un stade où l'embryon est pour ainsi dire ectoderme partout » (Briquet).

Tout à fait au début, l'œuf est enveloppé dans le *chorion primaire* comme « un teignon, vésicule transparente et velue. »

Mais vers le troisième mois, d'après Prenant (utérus de 6 semaines, selon Berry Hart) les villosités se ramifient et prolifèrent avec une grande activité, dans la partie chorale, faisant face à la sérotine. Là elles formeront le *chorion touffu*, ou *chorion placentaire*, aux frondaisons luxuriantes, alors que partout ailleurs elles s'atrophient pour faire mériter le nom de *chorion chauve*, à toute la portion de la capsule de l'œuf en rapport avec la cavité utérine.

Ainsi, voilà en présence d'une part, la *sérotine* destinée à devenir le placenta maternel, d'autre part, le

chorion touffu qui devra constituer le placenta fœtal. Etudions par quelles séries de modifications ces deux éléments arrivent au résultat définitif : formation du placenta ; et cela sans nous occuper de ce qui se passe, aussi bien du côté des caduques vraie et réfléchie que du côté du chorion chauve.

CARACTÈRES ET MODIFICATIONS DE LA SÉROTINE.—Toute la caduque est le siège d'une hypertrophie active qui rend sa surface bosselée, tomenteuse ; mais ces modifications qui se produisent en petit durant la période menstruelle, sont portées à leur comble dans la sérotine. Celle-ci devient irrégulière, ondulée, vasculaire à l'extrême, criblée d'orifices ; il semble qu'elle bourgeonne à la rencontre de l'œuf, présentant çà et là de profondes incisures. Ajoutons qu'au pourtour de la face utérine du chorion, la sérotine s'épaissit pour former plus tard le *bourrelet circulaire de la caduque*, et pour fermer entre elle et le chorion une large cavité close « ornée de stalactites de nature fœtale et de stalagmites d'origine maternelle ». C'est l'ébauche de *l'espace interchoriodécidual*, chargé de recueillir le sang maternel, que mettra en liberté, la rupture des vaisseaux de la sérotine, devenus turgescents et bourrés de globules rouges.

Mais il existe des modifications plus importantes encore, constatées par le microscope. Tout d'abord l'on voit la muqueuse différenciée en deux couches : l'une, profonde, à trabécules minces, délimitant de grands espaces clairs, tapissés d'épithélium, avec ses glandes tubuliformes dilatées, porte le nom de

couche spongieuse ; l'autre, superficielle, recouverte par un épithélium se continuant dans les canaux glandulaires dont elle est striée, bourrée de cellules, porte le nom de *couche compacte*.

C'est surtout dans cette dernière couche que se fait sentir l'excès de vitalité des éléments qui la constituent. Les cellules de son épithélium sont en voie de régression ; elles se déforment, perdent leurs cils vibratiles ainsi que leurs noyaux et ce travail de désorganisation épithéliale se poursuit dans l'intérieur des canaux glandulaires eux-mêmes. Par contre, les cellules conjonctives fixes de la sous-muqueuse se multiplient, grossissent, prenant des formes diverses rondes, ovales, allongées, et finissent par aboutir à de grosses cellules, qui sont les *cellules déciduales*, ou *cellules* de *Friedlander*, lesquelles entourent les vaisseaux devenus larges et bourrés de globules rouges.

On a fait dériver successivement ces cellules des globules blancs, de l'épithélium du col, de l'épithélium glandulaire, du corps de l'utérus. Il est généralement admis aujourd'hui qu'elles dérivent des cellules rondes conjonctives du tissu interstitiel (Léopold, Waldeyer, Heintze, Klein, cités par Briquet. La cellule déciduale, toujours présente dans la grossesse, n'en est pas un élément exclusif : on l'a trouvée dans toutes les inflammations et congestions des ovaires et de l'utérus.

Quant à la *couche spongieuse* ou profonde, loin de subir ce même travail de prolifération, elle voit peu à peu ses minces trabécules, incapables de supporter

la pression sans cesse augmentant de la couche compacte, céder sous la poussée, s'aplatir, étouffant les débris granuleux, les cellules épithéliales dégénérées de ses glandes : et finalement, de spongieuse qu'elle était, elle se trouve réduite à une mince couche, dure, collée contre la paroi musculaire elle-même. Nous allons voir plus loin comment cette *couche spongieuse* revient à son état primitif et quel rôle important lui sera dévolu.

CARACTÈRES ET MODIFICATIONS DU CHORION. — C'est dans cette caduque sérotine ainsi préparée avec son épithélium de revêtement désagrégé, ses vaisseaux dilatés, ses *cellules déciduales* prêtes à enserrer et retenir par leur développement incessant tout élément étranger, que vont venir se fixer les attaches du chorion villex.

Ce chorion, situé immédiatement en dehors de l'amnios, est essentiellement constitué par une couche conjonctive fibrillaire en contact avec la couche conjonctive réticulée sous-jacente de l'amnios et par un revêtement épithélial différencié en deux couches : « L'une immédiatement en contact avec le stroma conjonctif, en une seule rangée de grosses cellules polyédriques, c'est la *couche de Langhans* visible d'après Fabre sur des œufs de trente jours, mais impossible à trouver sur des villosités à terme du placenta humain ; l'autre extérieure, représentant non pas une rangée de cellules différenciées, mais une couche protoplasmique, sans limitation cellulaire, c'est le

syncytium de Katschenko, ou plasmodium ou ectopla-centa de Duval » (Budin et Demelin).

Cette disposition du chorion, tissu conjonctif recouvert par un épithélium à double couche, se continue dans les ramifications du *chorion* ou *villosités*. De plus, les deux artères ombilicales, arrivées dans le chorion, se divisent à l'infini et chaque petite artériole terminale vient former un système capillaire dans le tissu conjonctif de la villosité, et en sort ensuite, sous forme d'une veinule accolée à l'artériole « comme les deux canons d'un fusil »

MOYENS D'UNION. — Parmi les *villosités* le plus grand nombre restent libres, tandis que les autres, bour-

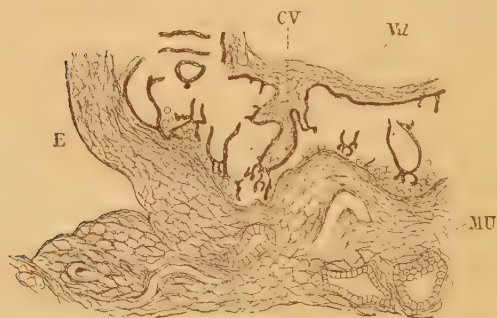


Fig. 2. — Fixation des villosités à la caduque. (Schwabe).

CV, Chorion villeux. — Vil. Villosités choriales. — E, Espaces intervilleux.
— MU, Caduque.

geonnant par leur épithélium, s'approchent de plus en plus de la *sérotine* (dont les cellules déciduales par disparition de l'épithélium de revêtement sont à découvert) et arrivent à prendre contact avec elles et à s'y fixer par de solides attaches : *villosités crampons*. De leur côté les *cellules déciduales* prolifèrent autour du *crampon*, et l'enlacent étroitement comme en un doigt de gant. Etouffé, l'épithélium de la villosité disparaît, pour en laisser le tissu conjonctif se souder solidement aux cellules déciduales.

PLACENTA A TERME. — Ainsi voilà la fusion des deux placentas fœtal et maternel effectuée par l'intermédiaire des *villosités crampons*, qui, véritables cordages, vont limiter la distension de l'espace *interchorio-décidual* augmentant de plus en plus de volume. Cet espace dont « la coupole est constituée par le *chorion* et le plancher par la *sérotine* » (Varnier) est donc essentiellement rempli par les ramifications villaires flottant librement dans son intérieur, ou le traversant pour se fixer à la *sérotine*.

Mais celle-ci, de son côté, pousse des prolongements qui, de plus en plus proéminants en certains points, vont constituer les *septa* divisant l'espace *interchorio-décidual*, en autant de loges et le placenta en autant de cotylédons.

« Quelques unes de ces *cloisons déciduales* sont complètes, c'est-à-dire qu'elles vont jusqu'à la face fœtale du chorion, au lieu d'en rester plus ou moins distantes, comme au centre plus épais du gâteau » (Budin et Demelin).

Dans chaque loge la sérotine semble encore par prolifération s'insinuer entre les ramifications villaires comme pour en combler les espaces qui les séparent (Prenant). Mais ce travail de cimentage est incomplet, il existe en réalité des espaces libres entre les villosités ; ce sont les *espaces intervilleux* où se déverse le sang apporté par les vaisseaux de la sérotine.

Ajoutons que la surface placentaire de cette sérotine serait tapissée par une couche de fibrine (Nita-buch), plus ou moins épaisse, s'accumulant en certains points sous forme de véritables amas, épousant les contours des cloisons et les prolongements de la caduque.

C'est cette fibrine, qui, provenant de la destruction du sang maternel, serait remaniée et utilisée par le syncytium, pour servir à la nutrition du fœtus.

D'après les recherches les plus récentes, il est démontré que *l'espace intervilleux* est rempli de sang maternel à une époque très précoce : vers le 4^{me} mois (Ruge et Winter) ; vers 2 mois 1/2 (Hœmfier, Varnier).

Plus précoce encore la rupture des vaisseaux maternels superficiels de la caduque : Léopold l'a constatée sur un œuf de huit jours ; et en 1899, Siegenbeck-van-Heukelom, sur un œuf de 8 à 14 jours, décrit un revêtement continu d'*ectoblaste* sur les villosités, largement fenêtré au niveau des orifices vasculaires maternels. Enfin Hubert Peters put déceler au 3^{me} ou 4^{me} jour la présence de sang dans la lacune intervilleuse (d'après Briquel).

C'est dans l'espace *intervilleux* que se produisent les échanges nutritifs. Nous avons vu que chaque villosité, dans le tissu conjonctif de laquelle viennent se ramifier les tissus fœtaux, était recouverte par la couche de *Langhans* et le *Syncytium*. La couche de Langhans est formée par des cellules polyédriques, à protoplasma clair, « avec un gros noyau vésiculeux possédant un réseau délicat de chromatine, avec un ou deux nucléoles. » Quant au syncytium, il affecte la forme d'un revêtement continu, juxtaposé au sang maternel avec ses noyaux irréguliers, bourgeonnant, se divisant par amitose, tandis que ceux de la couche interne se divisent par caryocinèse.

D'autre part, d'après Waldeyer la surface de la sérotine serait tapissée par l'*endothélium vasculaire*, se continuant sur les collines de caduque et les septa, et allant même se superposer à l'*épithélium chorial* des *villosités crampons*. Ainsi, la séparation du sang maternel et fœtal serait constituée par :

1° *L'endothélium vasculaire fœtal.*

2° *L'épithélium chorial.*

3° *L'endothélium vasculaire maternel* se prolongeant sur les villosités.

Au contraire, d'après Prenant inspiré des études de Mathias Duval, il n'existe entre les deux sangs qu'une seule couche de séparation constituée par la mince *paroi endothéliale* des vaisseaux.

Les recherches de Hubert Peters, celle de Bandler (1) toutes récentes, montrent que le sang mater-

(1) Bandler (S. N.) Amer J. of. obst. 1902 August, p. 145.

nel aurait une action importante dans la formation du *syncytium*. Son *plasma* détruisant les *cellules de Laughans*, il en résulterait la formation du *protoplasma syncytial* par fusion des globules rouges avec le protoplasma des cellules de Laughans, tandis que les noyaux de ces mêmes cellules remaniés deviendraient les noyaux du syncytium. Tout ce travail aurait pour but la nutrition du fœtus. La *cellule de Laughans* serait une réserve d'aliments pour l'embryon, tandis que le *syncytium* serait le laboratoire où le protoplasma placentaire rendrait assimilables les substances nutritives du sang maternel ; ce même syncytium aurait encore pour rôle de rejeter dans la circulation maternelle les déchets du fœtus.

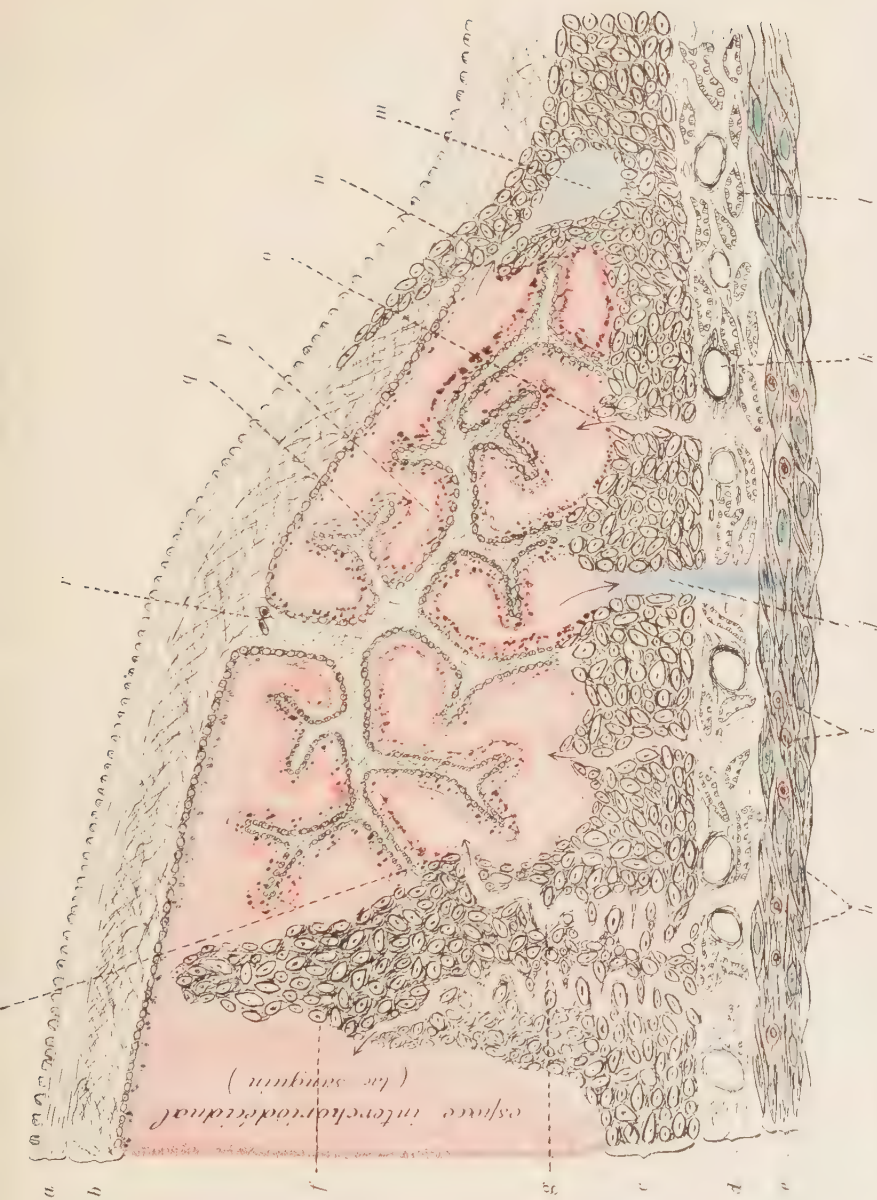
Enfin, les villosités ne borneraient pas seulement leur action dans les *espaces intervilleux*, pour y puiser dans le sang incessamment renouvelé, les matériaux chimiques nécessaires à la nutrition du fœtus ; elles pénétreraient de plus en plus dans les couches utérines adjacentes, et même certaines d'entre elles se détachant s'enfonceraient dans les veines largement ouvertes, puis charriées, elles pourraient arriver dans les veines utérines, et même au cœur et dans le poumon.

(Veit (1), Poten (2))

L'ESPACE INTERCHORIODÉCIDUAL : LAC SANGUIN. — Nous

(1) Veit (J.) (Ueber déportation der chorionzotten. Mit Taf IV-VII (8 fig.) 3 in den Text. Gedr. Abb. Zeit 1901 Bd 44 S 496-504.

(2) Poten (W.) Mit 7 Abb. Auf. Tafl VIII, Archiv. 1902, Bd 66, Heft 3. S 590-617.



- | | | |
|--|---|---|
| <p>a Amnios.
 b Chorion.
 c Couche déciduale.
 d Couche spongieuse.
 e Couche musculaire.
 f Cellule déciduale.
 g Artère.
 h Sinus de la musculieuse.</p> | <p>i Arteres de la musculieuse.
 j Veine.
 k Lacune.
 l Glande.
 m Sinus coronaire.
 n Bourrelet de la séroline.
 o Embouchure d'une artère dans un espace intervillieux.</p> | <p>p Espace intervillieux.
 q Villosité libre avec tissu fibreux, couche de Langhans et syncytium.
 r Artère et veine se ramifiant dans les villosités.
 s Villosité crampon.</p> |
|--|---|---|

venons d'édifier la charpente du placenta, nous venons de dire que les villosités par l'intermédiaire de leur *syncytium* puisent les éléments nécessaires à la vie du fœtus dans le sang maternel. Celui-ci est déversé dans l'espace *interchoriódécidual*, ou mieux dans les *espaces intervilleux* qui sont remplis et vidés uniquement par les vaisseaux maternels. Expérimentalement, en injectant un liquide par l'aorte abdominale, après avoir lié toutes les branches portant le sang ailleurs qu'à l'utérus, le liquide pénètre dans le placenta et revient par les veines utérines. Ces belles recherches faites par Ruysch, ce savant aux doigts de fée, par Haller, Reuss, Røder, Wrisberg, reprises par Dubois Gendrin, Velpeau, Blandin, Jacquemier, Flourens, furent contrôlées par Reid, Weber, Coste, Emmerich, Robin cités par Mordret). Et jusqu'en 1873, l'on vécut sur cette conception qui, alors, commença à être battue en brèche, jusqu'au moment où, en 1887, Waldeyer, par des expériences d'une valeur indiscutable, rétablit définitivement comme vraie la vieille théorie : à savoir que les artères et les veines de la sérotine étaient bien les voies d'apport et de départ du sang maternel déversé dans les espaces intervilleux.

« Si l'on regarde la surface utérine des cotylédons, on voit au centre un petit vaisseau de nature veineuse, chargé de ramener dans la paroi utérine le sang amené aux lacs sanguins par trois à cinq petits vaisseaux artériels qu'on aperçoit à la périphérie des cotylédons » (Budin et Demelin).

Les vaisseaux artériels ne se ramifient pas dans la caduque, mais y prennent une disposition fort curieuse en tire-bouchon « *Curling artériels* » de Hunter. Pour Rohr, (1) ces artères sinueuses se voient surtout dans les septa, sur la bordure desquels, elles s'ouvrent dans l'espace intervilleux.

De plus, d'après les recherches de Waldeyer, chaque vaisseau, riche en *fibres musculaires de Grand-maison*, aurait perdu à son embouchure ses *fibres lisses*, et se trouverait réduit à un simple endothélium entouré par les cellules déciduales.

Voilà le sang maternel arrivé dans les lacs sanguins de l'*espace interchoriodécidual*, qui communiquent largement les uns avec les autres. Nous venons de voir qu'au centre de chaque cotylédon se trouve une veine, s'ouvrant sur le *plancher* des espaces intervilleux par un orifice de un demi à deux millimètres de diamètre, et qui est chargée de ramener le sang dans la circulation maternelle. — Mais ces veines seraient insuffisantes à vider tout le sang contenu dans l'*espace interchoriodécidual*, véritable lac sanguin abondamment alimenté. C'est pour leur venir en aide que rampe dans le *bourrelet circulaire de la caduque sérotine*, le *sinus coronaire* ou *circulaire*, ou *sinus de Meckel*, énorme collectrice recueillant par une série de veines, le sang provenant des cotylédons périphériques.

ENDIGUAGE. — Maintenu par le *dôme chorial* et le

(1) Rohr. Inaug. Diss. Berlin 1889.

plancher décidual, dans l'espace interchoriodécidual, dont la distension est limitée par les *villosités crampons*, le sang exerçant une pression, sur le pourtour du lac, aurait bien tendance à fuir en s'insinuant entre le *chorion* et la *caduque extra-placentaire*, et à venir se faire jour par l'orifice cervico-décidual. Mais tout autour, montant du plancher vers les bords du dôme se dresse un *mur*; une *digue* qui ferme la sortie. En effet, à la périphérie du gâteau placentaire, la caduque se replie sur elle-même passant de la face utérine à la face fœtale pour venir former entre l'amnios et le chorion une lame circulaire adhérente à ce chorion : c'est la *caduque sous-choriale* ou *lame obturante* de *Schulssplatte*, de *Winkler*, qui croyait à tort qu'elle tapissait tout le dôme, alors qu'elle se soude seulement en bordure sur une hauteur de trois centimètres environ.

II. — DÉLIVRANCE

De tout ce qui précède, le placenta nous apparaît une *néoformation* de tissu de nature fœtale, intimement juxtaposé à la surface interne de l'utérus dont les couches conjonctives sont en état de *métamorphose déciduale*. Edifiée dans un but physiologique, la partie fœtale du placenta vit de la vie du fœtus ; nécessairement elle meurt quand le fœtus a cessé de vivre ou bien quand, après la naissance de l'enfant, le cordon ombilical a été sectionné. La partie mater-

nelle édiflée pour le même but n'a plus de raison d'être après l'accouchement, et voilà pourquoi l'économie de la mère repousse cette partie d'elle-même devenue inutile.

L'adhérence placentaire, d'abord *très intime au commencement de la grossesse, devient moins intime à mesure que celle-ci s'avance. Expérimentalement, chaque fois qu'on a eu l'occasion de disséquer des placentas de femmes mortes pendant la grossesse, on les a trouvés très fortement unis à l'utérus, et l'on ne pouvait souvent les séparer qu'avec le scalpel, ou en déchirant la couche musculaire. Au contraire, chez les femmes mortes à terme, ou mieux encore en couches, ces adhérences sont exceptionnelles et peuvent être considérées comme *anormales*.

Il faut donc conclure qu'il se produit un travail de maturité pour ainsi dire, dans le but de préparer le *décollement placentaire*. Et Guéniot dans ses belles cliniques, choisissant poétiquement un exemple dans le règne végétal, compare ce travail à celui qui prépare la chute de la feuille arrivée à maturité : « Il existe une parfaite continuité entre le rameau et la feuille par la queue ou pétiole qui reçoit des faisceaux fibro-vasculaires, émanés du rameau. La séparation est produite par un travail de désunion antérieure. »

D'après Guéniot, il existerait vers le 5^e ou 6^e mois de la grossesse un enchevêtrement réciproque entre matrice et placenta qui donnerait à l'union des deux organes une grande résistance. Or, dans l'accouche-

ment à terme, cette solidité a disparu : il faut donc qu'un travail organique spécial ait préparé ce décollement.

Et ce travail, dépeint d'une manière pittoresque par Guéniot, nous croyons pouvoir l'accepter comme vrai ; il serait soumis à cette grande loi immuable de la nature : tout être organique naît, grandit et, sa fonction terminée, il meurt. Et nous pouvons ajouter : sa mort est préparée par un long travail de *désorganisation cellulaire*.

Essayons d'étudier pour le placenta comment se produit cette désorganisation préparant sa chute prochaine. La *cellule déciduale*, élément essentiel de la caduque et dont la formation est liée à une métamorphose hyperplasique d'origine gravidique, après avoir acquis un accroissement considérable, à mesure que son rôle diminue d'importance, « subit un travail soit d'*involution conjonctive*, soit de *dégénérescence*, soit de *nécrobiose* ; le plus souvent il s'agit d'une *nécrose de coagulation*. » Cette régression d'éléments a été étudiée récemment soit sur des pièces provenant de la deuxième moitié de la grossesse, soit sur des débris curetés d'endométrite post-abortum ou post-partum. Les couches superficielles dégèrent, les couches plus profondes entourant les culs-de-sac glandulaires reconstituent peu à peu l'aspect du tissu interstitiel, l'épithélium glandulaire assumant avec l'épithélium du col le rôle de régénération de la couche épithéliale de l'utérus.

Cette régression ne porterait pas seulement sur les

cellules déciduales, mais encore sur le *syncytium*, qui, à mesure que son rôle destructeur s'amoinerait, deviendrait une mince couche, pour ainsi dire morte, ne manifestant plus son activité vitale par des bourgeons de prolifération.

En résumé, il nous paraît juste d'accepter que la séparation du placenta d'avec la paroi utérine est préparée de longue date, et commencerait vers le milieu de la grossesse environ.

Ce travail préparatoire serait surtout caractérisé par la *régression des cellules déciduales*. La couche spongieuse qui paraissait avoir été étouffée, par l'accroissement énorme des cellules déciduales, conserve encore en réalité comme un reste de feu éteint. Ne se sentant plus écrasée, elle va recouvrer peu à peu ses limites et sa constitution premières. Et ce sera en *pleine couche spongieuse* ayant récupéré son lavis à mailles délicates que le clivage sera facilité. « Il demeure alors adhérente au placenta décollé, une membrane épaisse d'un millimètre environ que Winkler appelle *plaque basale* et qui comprend la couche compacte et une partie de la couche spongieuse de la sérotine ; il reste, tapissant la cavité utérine, la *partie superficielle de la couche spongieuse sérotinique* comprenant la partie des glandes utérines, dont l'épithélium conservé va régénérer la muqueuse » (J. de B. de Teyssier).

DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE. — Il nous reste à examiner maintenant sous quelles nouvelles influences,

par quelles causes déterminantes va se produire le clivage ainsi préparé.

Baudelocque considérant le nombre et l'intensité des contractations utérines pendant le travail, croyait que le placenta ne pouvait suivre le va-et-vient des parois utérines, changeant alternativement d'épaisseur et de surface, et il disait : « Les efforts répétés que fait la mère pour se délivrer de l'enfant, sont ordinairement ceux qui détruisent les adhérences du placenta. »

Il donnait des cas, (râres il est vrai) d'expulsion en bloc de l'œuf, à l'appui de son opinion qui paraît, du reste, justifiée par les constatations de Ruys au niveau de la zone d'adhérence placentaire d'un utérus de femme morte en travail.

« La direction des villosités n'est plus perpendiculaire à la caduque ; elles lui sont ou *parallèles ou très obliques*, dissociées çà et là par des épanchements sanguins circonscrits ; le nombre des villosités crampons a diminué ; une partie d'entre elles sont séparées de la sérotine, qui leur donnait attache. La surface de la caduque sérotine *n'est plus lisse* ; elle n'apparaît plus sur la coupe, comme une ligne presque droite ; elle est vallonnée comme la face fœtale du placenta ; sa coupe forme une ligne très ondulée, dont les *dents pointues*, s'enfoncent profondément dans le tissu villeux du placenta. Les cellules de la caduque se trouvent avoir ce qu'elles n'avaient pas auparavant, une direction particulière, en rapport avec la disposition dentelée de la surface déciduale.

vers les pointes de laquelle elle se dirigent. Les *vaisseaux* sont moins apparents, plus rares, plus grêles. Enfin, tandis que la *caduque* semblait former auparavant un tout compact, indivisible en stratifications distinctes, c'est-à-dire en compacte et spongieuse des auteurs, elle est maintenant *séparée en deux parties*, l'une que l'on peut appeler *fœtale*, l'autre *maternelle*. La division se marque par une zone intermédiaire, d'épaisseur variable, où le tissu semble aréolaire, le stroma formant un lacis très lâche, circonscrivant des lacunes de formes et de dimensions variables.

Cà et là apparaissent des *épanchements sanguins* dans les mailles de cette couche alvéolaire, mailles dont quelques-unes semblent être d'anciennes cavités glandulaires, mais dont la plupart paraissent des solutions de continuité non préformées, des brisures mécaniquement produites aux points de moindre résistance ».

Mais voici intervenir une cause plus grande encore de non-accommodation. Après l'expulsion fœtale, les parois utérines distendues jusqu'à ce moment, et fatiguées par leurs nombreuses contractions, semblent prendre haleine, et en vertu de la *rétractilité* elles reviennent sur elles-mêmes. Ce phénomène a pour résultat, la diminution de la surface interne de l'utérus et plus particulièrement de celle où s'insère le placenta. Celui-ci par ses attaches ne peut s'accommoder à ce retrait de la paroi utérine et se laisse décoller. Ainsi « préparé par les contractions utéri

nes, le décollement serait achevé par le retrait total de l'utérus, retrait qui ne peut être suivi par le placenta qui quitte alors la paroi utérine comme un *gâteau de terre glaise* appliqué à une plaque de caoutchouc tendue, quitte celle-ci lorsqu'on la laisse revenir à ses dimensions premières » (Ribemont-Dessaigues, thèse agrégation).

Baudelocque invoque une *hémorragie rétro-placentaire* au moment où le siège sort de la cavité utérine.

Enfin, Schröder, Pinard, Varnier, d'après des constatations sur des pièces anatomiques de femmes mortes après l'expulsion fœtale, déclarent que le placenta est susceptible de s'accommoder aux contractions utérines, grâce à un *plissement spécial de la sérotine*. Ce glissement existerait d'ailleurs, pour l'amnios et le chorion, et formerait au niveau du bord placentaire un cul-de-sac de 2 centimètres de profondeur. Ce serait donc par tassement que la caduque suivrait le retrait de l'utérus sans abandonner la paroi musculaire, et il faudrait encore l'intervention des *arrières-douleurs* pour amener la séparation complète du placenta d'avec la matrice.

Peu nous importe que le placenta commence à se décoller par son centre ou par sa périphérie : qu'il se présente à l'ouverture du col par sa surface fœtale disposée en coupe ou retournée en cornet, après s'être inversé à l'intérieur des membranes ; ou bien encore par son rebord, après avoir glissé le long des parois utérines.

Ce qui nous intéresse ce sont les signes permettant

de reconnaître le moment de son décollement. On a donné des signes stéthoscopiques (*bruits de Cail-laut*). Mais le meilleur signe est basé sur le phénomène suivant : Le segment inférieur est replié sur lui-même, comme un *accordéon*, comme un *chiffon mouillé*, tant que le placenta est adhérent. Mais au moment où celui-ci se décolle et tombe dans le segment inférieur, ce dernier se laisse distendre, et l'utérus se redresse au-dessus de l'ombilic annonçant que le moment est venu de pratiquer la délivrance.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Cliniquement parlant, l'on dit qu'il y a *adhérence anormale du placenta*, lorsque le processus physiologique est incapable d'effectuer le *clivage placentaire*; ou mieux encore lorsque après l'expulsion fœtale, l'utérus se contractant normalement, le placenta reste adhérent à sa paroi.

Aux adhérences ainsi définies, les auteurs ont attribué différentes divisions :

a) **Guéniot** nous dit : 1° *L'union est tantôt générale, tantôt partielle*, 2° *Les adhérences sont médiocrement exagérées, où il y a fusion entre les tissus utérin et placentaire* ; 3° *avec hémorragie ou rétraction violente de la matrice*.

b) **Mordret** (1853), les classe en :

1° *Définitives ou temporaires* ;

2° *Totales ou partielles* ;

3° *Intimes ou légères*.

c) Pour **Albert** (thèse Paris 1878), elles sont le plus souvent *partielles*; *rarement totales*; *tantôt elles cèdent aux contractions utérines ou aux manœuvres externes*; *tantôt elles exigent l'introduction de la main*; *parfois même, sur le cadavre, il est impossible de séparer le délivre de la matrice*; *enfin elles peuvent être simples ou compliquées par hémorragie ou tout autre accident provenant de l'état général ou de l'utérus.*

d) Nous retrouvons une partie de cette division dans celle d'**Auvard**, la plus généralement admise et qui les divise uniquement d'après leur degré de résistance en trois catégories :

1^o *Celles qui cèdent aux contractions utérines ou aux manœuvres externes.*

2^o *Celles qui cèdent facilement à l'introduction de la main.*

3^o *Celles qui nécessitent le morcellement, et qui sont parfois si tenaces qu'elles ne peuvent être séparées sur le cadavre à l'aide d'un scalpel.*

Toutes ces classifications se rapportent, d'une manière plus ou moins exacte d'ailleurs, aux adhérences telles que nous les avons définies en tête de ce chapitre. Mais après les avoir examinées tour à tour il nous a semblé qu'elles n'exprimaient pas avec netteté les grands traits cliniques des adhérences, et qu'elles étaient, de plus, incomplètes. Nous nous sommes efforcé de combler cette lacune et nous avons été conduit à trouver que les adhérences anor-

males du placenta doivent être considérées *pendant la délivrance et dans les suites de couches.*

I. Adhérences cliniques dans la délivrance

Elles revêtent tout simplement deux grands caractères : ou bien le placenta reste fixé aux parois de l'utérus, malgré les contractions de ce dernier, avertissant ainsi l'accoucheur de quelle complication il s'agit ; ou bien alors la délivrance s'est effectuée normalement, mais une partie plus ou moins importante de matière placentaire est restée fixée à l'utérus, avec tendance à passer inaperçue, et par là même devenir un danger dans la suite. Et c'est pour montrer quelle importance nous attachons à ces dernières, par le fait même qu'elles paraissent le plus cachées, que nous croyons bon de les bien mettre en lumière en les appelant **insidieuses** et les plaçant en face des premières que nous nommerons **franches**.

Il est bien entendu que les adhérences franches peuvent être *totales* (dans ce cas pas d'hémorragie) ou *partielles* (toujours hémorragiques). Quant à leur degré d'adhérence, nous ne voyons pas trop quelle limite bien nette peut exister entre celles qui cèdent à l'expectation ou aux manœuvres externes, et celles qui cèdent à l'introduction de la main dans l'utérus. Cette distinction nous paraît tout à fait relative ; et telle adhérence a été détachée par la main introduite dans l'utérus, qui aurait peut-être cédé à l'expectation ou aux manœuvres. Voilà pourquoi nous

croyons plus simple de dire qu'il y avait *adhérence légère*, quand le placenta a été décollé sans trop grande difficulté ; qu'il y avait au contraire, *adhérence intime*, quand le placenta a été extrait laborieusement par trituration et morcellement.

Quant à la deuxième classe ou *adhérences insidieuses*, il arrive parfois que les morceaux restés dans l'utérus n'occasionnent pas *d'hémorragie*, ou tardivement, alors que d'autres fois ils sont en partie décollés et par suite *hémorragiques d'emblée*. En outre, ces adhérences insidieuses peuvent revêtir les caractères d'intimité ou de légèreté de la première classe.

Nous proposons donc le tableau suivant :

<i>Franches</i> (placenta non expulsé)	} totales (non hémorragiques)	} intimes ou légères
	} partielles (hémorragiques)	} intimes ou légères
<i>Insidieuses</i> (placenta expulsé toujours partielles)	} Hémorragiques (d'emblée)	} intimes ou légères
	} Non hémorragiques (ou consécutivement)	} intimes ou légères

Fréquence. — Nous avons essayé d'établir une statistique d'après des documents que M. le professeur agrégé Bonnaire a bien voulu nous laisser prendre dans son service (Maternité de Lariboisière).

Du mois d'août 1902 au mois de décembre 1903 nous avons relevé 1165 accouchements à terme, dont:

314 chez des primipares,
851 » multipares.

Voici ce que nous avons constaté :

314 primipares	donnent	86	rétentions	prolongées	au delà de 30 minutes.
851 multipares	»	143	»	»	»
314 primipares	»	22	»	»	1 heure.
851 multipares	»	27	»	»	«
314 primipares	»	13	extractions	manuelles	pour hémorragie par adhérence partielle.
851 multipares	»	27	extractions	manuelles	dans les mêmes conditions.

Nous voyons que les rétentions légères non hémorragiques sont très fréquentes. Bien que nous ne puissions en relever la cause pour chaque cas nous croyons qu'en dehors de l'inertie utérine pure, empêchant l'expulsion du placenta décollé, il faut admettre le plus souvent une difficulté dans le décollement ou clivage placentaire. Les primipares, en particulier, paraissent prédisposées, à présenter très souvent ces rétentions placentaires anormales.

Parmi les adhérences ayant nécessité l'extraction manuelle nous avons trouvé un seul cas, où il a fallu recourir au pétrissage (Observation I). Les adhérences intimes sont en effet très rares. Léopold donne $\frac{1}{10000}$ comme proportion.

SYMPTOMATOLOGIE. — Un caractère qui rend grave la délivrance compliquée d'adhérence anormale du placenta, est que celle-ci ne peut être prévue par aucun

signe de certitude, soit dans les antécédents, soit pendant la grossesse, soit même pendant le travail de la parturiente; elle se révèle souvent brusquement, après l'expulsion fœtale sous la forme de manifestations dramatiques et alarmantes dont l'issue dépendra parfois du sang-froid et de la décision de l'accoucheur.

Tous les auteurs par nous consultés se refusent à attribuer aux particularités pouvant être relevées, d'autre valeur que celle de constituer une présomption bien faible en faveur de l'adhérence. Selon nous, c'est dans la pathogénie même des adhérences qu'il faudra rechercher ces signes précoces.

Cependant l'accoucheur devra se méfier et se tenir prêt à parer à toute éventualité, lorsqu'il apprendra de la femme, qu'on a pratiqué sur elle des *extractions manuelles du placenta*, des *curettages* ou toutes autres interventions, ou bien encore, mais à un plus faible degré, lorsqu'il relèvera l'*endométrite*.

Immédiatement après l'expulsion fœtale nous avons vu, que l'utérus revenait sur lui-même en vertu de la rétractilité. C'est à ce moment que selon Désormeaux et Velpeau, l'*utérus particulièrement dur et globuleux* devrait faire penser à l'existence possible d'adhérences. Foucart signale en effet un cas d'adhérence, avec contraction de l'utérus en gourde.

De plus, il nous avait semblé qu'au moment des contractions utérines, s'il existe de solides adhérences, la paroi utérine sur laquelle elles sont fixées, éprouve en ce point une grande résistance dans ses

mouvements de va-et-vient. Il en résulterait une *bosselure* que l'on pourrait apprécier au niveau de l'insertion placentaire, excepté dans le cas où cette dernière existerait à la paroi postérieure. N'ayant eu l'occasion de constater cliniquement ce signe, nous avons cherché s'il en était fait mention quelque part; nous avons trouvé, en effet, dans Mordret, que Cazeaux signale une « *certaine irrégularité et conicité du globe utérin.* » Ce même auteur ajoute en outre que « pendant la contraction, le globe utérin se raffermît et diminue de volume, mais qu'après la contraction, il revient à son état primitif, beaucoup plus promptement et complètement que dans les autres cas ».

Adhérences franches. — Immédiatement après avoir sectionné le cordon, la main palpant l'utérus constate le *globe de sûreté*, et l'accoucheur satisfait s'occupe de l'enfant. Entre temps, et même immédiatement, il peut apercevoir un écoulement sanguin à la vulve; ou bien après avoir donné ses soins à l'enfant, il revient à la femme pour pratiquer la délivrance, et constate alors que les contractions utérines sont bonnes, mais que le fond de l'organe n'a pas remonté au-dessus de l'ombilic. Il s'est pourtant écoulé un quart d'heure ou vingt minutes; le cordon tendu remonte de toute la longueur dont il était sorti, lorsqu'on le lâche : il s'agit d'une adhérence anormale du placenta.

Mais ici le tableau varie, selon que l'adhérence est

totale ou partielle, légère ou intime; il varie encore selon la conduite de la sage-femme ou de l'accoucheur.

a) *Adhérences totales.* — L'adhérence totale a pour caractère essentiel de ne pas donner de sang; si l'on exerce de légères tractions sur le cordon, la paroi utérine prend un certain degré d'inversion (*cul de fiole*) et le cordon remonte ensuite. Nægelé et Grenser (1) signalent une douleur déchirante, brûlante en un point fixe de l'utérus. Quelquefois, en mettant la main dans l'utérus, on trouve les *membranes flottantes* comme le cordon, et le placenta encore adhérent partout; ou bien exceptionnellement les parois ovulaires restent entièrement accolées à l'utérus qu'elles tapissent étroitement Budin et Demelin. Ordinairement l'on attend, et l'adhérence ne tarde pas à céder; ou bien encore s'il y a menace de tétanisation, il est préférable de ne pas attendre la fermeture du col : alors la main aseptisée est introduite doucement dans les organes génitaux préalablement lavés, puis remontant dans l'utérus avec le cordon comme guide, elle va vérifier que le placenta est réellement adhérent et à quel degré. Dans le cas général, la simple introduction de la main amenant des contractions utérines énergiques, suffit pour que le décollement s'effectue; dans le cas contraire elle l'effectue sans grande difficulté selon l'une des méthodes qui seront indiquées dans le traitement. Au moment du

(1) Nægelé et Grenser. (Traité pratique de l'art des accouchements. Traduction Aubenas, 1869, p. 628).

décollement, la paroi utérine correspondant à l'insertion placentaire, revient lentement sur elle-même et les sinus se trouvant incomplètement fermés, il se produit une légère hémorragie.

Notons que certaines médications, ou manœuvres intempestives (ergot de seigle, expression utérine, et tractions prématurées sur le cordon) ont été souvent cause que des adhérences, en apparence bénignes, se sont compliquées de *tétanos utérin*, avec *fermeture du col sur le délivre*, *enchatonnement*, *décollement partiel*, *inversion utérine*, etc..

Mais lorsque les adhérences totales sont *intimes*, outre les caractères décrits précédemment, elles peuvent se compliquer différemment selon l'intervention ou la non-intervention de l'accoucheur. Tantôt la main introduite dans l'utérus arrive avec beaucoup de peine à détacher les adhérences en *pétrissant* un à un chaque cotylédon, au milieu d'une hémorragie plus ou moins abondante, parfois même mortelle. Quelquefois la solidité des adhérences est telle, qu'il faudrait arracher avec elles des lambeaux de la couche musculaire, et que l'on est contraint à regret d'abandonner dans l'utérus des parcelles de cotylédon. « Cela produisait l'impression tactile de larges et solides cordons qui ne se laissaient détacher et couper avec les ongles, qu'avec grand'peine. » (Kleinwachter).

Et l'on a vu des tractions brutales inverser l'utérus, rompre le cordon, et produire même des ruptures utérines.

D'autres fois, si la femme ne se trouve pas en danger immédiat, il n'apparaît à l'accoucheur aucune nécessité d'intervenir manuellement et l'on attend le décollement spontané du placenta. Au lieu de recourir, comme autrefois, au bout de deux ou trois quarts d'heure d'abord aux pressions légères sur l'utérus, puis aux tractions sur le cordon et à la méthode de Credé, toutes manœuvres aussi dangereuses qu'inefficaces, tout le monde est d'accord en France, qu'on peut attendre quelques heures, après lesquelles la délivrance se fait spontanément. A cela Kleinwachter objecte « il est oublié dans cette hypothèse qu'il arrive, assez fréquemment, que l'utérus se contracte bientôt, pas assez énergiquement pour expulser le placenta, mais assez cependant pour rétrécir tellement le col de la matrice que la main n'y puisse être introduite que par des moyens détournés ». Cas de Gottschalk, Berl. Kl., Wochenschr. 1896. Nr. 26.

Bien plus dans cet utérus fermé, souvent avec enclavement du placenta, celui-ci peut se décoller partiellement, et une hémorragie se produire occasionnant la mort de la femme, avant qu'on ait pu lui porter secours.

b) *Adhérences partielles.* — Le placenta adhérent seulement par sa circonférence, peut être décollé à son centre : d'où *hémorragie rétro-placentaire*. Cette variété peut faire croire à une adhérence totale, mais elle s'en distingue en ce que le placenta fait saillie dans la cavité utérine à la manière d'une *bourse*.

Du reste ordinairement, l'épanchement rétro-pla-

centaire augmentant sans cesse, les adhérences se rompent en un point, et l'hémorragie se fait au dehors.

Quand l'adhérence n'occupe qu'un côté du placenta et se trouve exister au fond de l'utérus, alors la portion libre est *suspendue* dans la cavité utérine.

Si la portion adhérente est fixée du côté du col, la portion supérieure libre donne à la main introduite la sensation d'une *languette* ; et même si cette portion décollée est plus grande, elle peut se rouler en *cornet*, et son bord libre venir obstruer l'orifice cervical.

Enfin l'adhérence peut avoir lieu en différents points à la fois.

En tous cas le caractère essentiel des adhérences partielles, c'est l'hémorragie plus ou moins grande selon la surface décollée. Si l'on considère l'énorme développement de la circulation artérielle et veineuse de l'utérus gravide ; l'absence de valvules suffisantes dans les gros trônes (recherches de Hyrtl 1873), l'incapacité de la rétraction utérine à clore tout ce système, tant que le placenta n'est pas complètement décollé, l'on conçoit combien violente et terrible va devenir l'hémorragie se faisant par l'ouverture du lac sanguin. Et puis une cause qui vient encore augmenter son intensité, est que l'utérus fatigué se contracte moins énergiquement, et qu'il se joint à tout cela une certaine part d'inertie.

Si l'adhérence partielle est légère et si la main guidée par l'hémorragie et glissée entre la paroi uté-

rine et la surface utérine du placenta, arrive à décoller rapidement les adhérences, et l'hémorragie cesse aussitôt et avec elle tout danger immédiat.

Mais il n'en est pas ainsi lorsque les adhérences sont intimes. Lisons plutôt cette observation prise d'une femme accouchée par nous, pendant l'une de nos gardes dans le service de M. le prof. agrégé Bonnaire.

OBSERVATION I

(personnelle)

Ch. L..., 31 ans, cravatière, **VII^e pare**. Entre dans le service le soir à 9 heures, le 29 mars, membranes rompues, col dilaté comme une pièce de un franc, sommet en O. I. G. A ; engagement effectué, bassin normal.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 32 ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Arthrite du genou droit à l'âge de 2 ans 1/2 et ankylose consécutive.

Rougeole à 10 ans.

Réglée à 13 ans et toujours bien.

Grossesses antérieures. — 1890. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant bien portant, allaité au biberon.

1891. — Accouchement prématuré à 8 mois. Enfant mort à 10 mois.

1892. — Avortement de ... mois.

1893. — Accouchement spontané à terme. Enfant allaité au biberon. Mort à 1 an.

1894. — Accouchement spontané, enfant mort-né.

1896. — Accouchement spontané par le siège. Enfant vivant.

La parturiente ne se rappelle pas qu'on ait introduit la main, pour chercher le délivre.

Grossesse actuelle. - A terme.

Aucune complication durant cette grossesse, excepté les urines albumineuses.

Le matin 30 mars, à deux heures 20, la dilatation est complète et l'expulsion fœtale a lieu presque aussitôt, rapidement et sans douleur.

A deux heures 1/2, après la section du cordon, l'on aperçoit à la vulve un écoulement sanguin anormal.

L'utérus est inerte : massage et frictions.

L'hémorragie continuant, l'on se décide à appeler l'interne,

M. Bosc. En attendant son arrivée, l'on tente vainement d'effectuer la délivrance par de légères tractions sur le cordon et même par l'introduction de la main dans l'utérus. Pourtant le sang continue à couler ; la malade devient inquiète ; le pouls rapide et petit ; la face pâlit ; les extrémités se refroidissent.

M. Bosc arrive ; nouveau délai pendant qu'il aseptise ses mains et que l'on place la malade en position obstétricale. L'hémorragie est de plus en plus abondante.

Enfin, M. Bosc peut commencer la délivrance artificielle. A ce moment, la malade, tombée en syncope, n'a pas conscience de l'opération pratiquée sur elle : on place la tête basse ; inhalations d'éther ; l'on commence une injection de sérum artificiel.

La délivrance est excessivement laborieuse ; il faut triturer et décoller morceau par morceau tout ce qui est adhérent.

Enfin à 3 heures 50, l'extraction est terminée ; l'hémorragie cesse aussitôt.

Injection intra-utérine iodée.

La malade est remise dans son lit, enveloppée de draps chauds. L'on continue l'injection de sérum.

Frictions et massage de l'utérus.

L'état général s'améliore ; le pouls devient meilleur ; les extrémités se réchauffent.

A six heures, la face pâle de la malade, une grande fatigue, une soif ardente indiquent l'importance de l'hémorragie.

Placenta. — 500 gr., extrait en entier, mais dilacéré, *membranes* déchirées.

30 mars, soir. Température 38°. Injection utérine iodée, 25 centig. de quinine.

31 matin. Température 38°4, soir 38° une injection utérine iodée et oxygénée.

1	avril, matin.	Temp.	37°7,	soir	37°5	nouvelles injections
2	—	—	37°7,	soir	38°1	—
3	—	—	37°5,	—	38°	—
4	—	—	37°	—	38°	—
5	—	—	37°	—	37°9	—

9 La malade part en bon état sur sa demande.

Outre l'hémorragie, l'adhérence partielle peut présenter les mêmes complications que les adhérences totales, (inversion utérine, enclôturement du placenta, tétanisation de l'utérus, rupture du cordon. Mais il en est une qui revient très souvent dans nos vieilles observations; c'est la *tendance fâcheuse de la sage-femme ou de l'accoucheur, à tirer fortement sur la partie décollée*. Nous ne saurions trop protester contre cette manœuvre brutale, qui fut la source de nombreux méfaits.

Diagnostic. — Après l'expulsion fœtale, les contractions utérines se produisant bien, si le placenta est retenu et qu'une hémorragie plus ou moins abondante accompagne sa rétention, l'on peut porter immédiatement le diagnostic d'*adhérence partielle du placenta*.

« On ne confondra pas l'adhérence anormale avec l'inertie utérine pure ; car si l'on tentait dans ce cas le décollement on s'exposerait aux dangers de l'introversion ou d'une hémorragie, sinon les deux à la fois (Guéniot).

Il ne faudra pas prendre la *hernie* d'une portion utérine dans la cavité de l'organe et l'arracher (cas de Girard. J. génér. de Méd. T: 48 p. 372).

« Si par hasard le *cordon* a été *arraché* à son insertion placentaire, on peut croire que la femme a été délivrée ; le toucher utérin fera reconnaître la surface lisse de l'intérieur de l'œuf, et les vaisseaux rampant sur la face fœtale du placenta » (Budin et Demelin).

Très rarement la délivrance est retardée par l'*excès de volume* du placenta ou la *contraction spasmodique du col*. Mais alors le doigt constatera la présence de ce placenta dans l'orifice du col, et il en fera la distinction d'avec une languette pouvant l'obstruer dans le cas d'un décollement partiel.

« Si le placenta est retenu par un *enchâtonnement pur*, il n'y aura pas d'hémorragie, et de plus l'on sentira la saillie du délivre par l'orifice du châton pendant les contractions utérines » (Albert).

Pour clore l'étude des adhérences franches, nous dirons que bien souvent elles sont compliquées dans les suites de couches, par des *réentions cotylédonnaires*. Mais alors, l'accoucheur qui n'aura pu tout enlever, connaît l'existence de ces réentions ; ce qui n'est souvent pas le cas pour les adhérences insidieuses.

Adhérences insidieuses. L'on a assisté à l'accouchement d'une femme; le travail, l'expulsion fœtale et placentaire, tout a été normal. Pourtant une hémorragie peu abondante ordinairement se constate, que le massage de l'utérus ne peut arrêter. Bien se garder de donner de l'ergotine; inutile et même dangereuse la pratique des injections vaginales chaudes, qui trompent la confiance de l'accoucheur, en diluant des quantités souvent importantes de sang. Cela saigne; la main seule doit être introduite, qui non seulement donnera un diagnostic précis sur la cause de cette hémorragie, mais encore provoquera une excitation du muscle utérin. En suivant cette sage pratique, l'on pourra vérifier qu'il n'y a rien du côté du vagin et du col; mais en explorant la cavité utérine, l'on trouve un cotylédon resté adhérent; on l'enlève avec plus ou moins de difficulté. *Voilà un fait.*

Mais le plus souvent, l'on ne constate pas d'hémorragie, et l'on fait le diagnostic de rétention cotylédonnaire par l'examen du placenta. C'est pour cet examen que l'accoucheur doit procéder avec minutie, et concentrer toute son attention, persuadé qu'il évitera peut-être à l'accouchée de sérieuses complications. Il en sera ainsi amené à trouver sur la face utérine du placenta « des zones creusées irrégulières de fond et de pourtour, différentes des déchirures simples sans perte de substance, en ce que, en mettant le placenta très à plat, on ne peut combler ces déchirures, parce que leurs bords ne se rapprochent pas » (Budin et Demelin).

Ou bien encore, c'est en examinant attentivement les membranes par transparence que l'on aperçoit un vaisseau excentrique déchiré ne revenant pas à la périphérie du placenta, et que l'on peut affirmer l'existence d'un cotylédon accessoire resté adhérent.

Mauriceau (Observat. 129 et 802) parle en ces termes des *placentas sccenturiés*. « Je crus que c'était plutôt une partie de ces sortes d'arrière-faix qui sont quelquefois une petite production de même substance allongée ou séparée du principal corps de l'arrière-faix, qui n'y adhère que par les seules membranes, comme j'en ay souvent vu » ou bien » petit corps qui paraissait avoir été formé hors de la circonscription du véritable corps de l'arrière-faix, et qui s'estant trouvé un peu plus adhérent à la matrice, n'en avait pas été tiré avec l'arrière-faix dont il avait été pour lors séparé avec la petite portion de membranes qui l'y joignaient auparavant.

Et Tarnier (1) à propos d'un cas constaté par lui le 19 février 1881 nous dit : « avec de l'attention, de bons yeux, en prenant la précaution d'étaler les membranes tendues, qui du placenta extrait se perdent à travers la vulve, on peut diagnostiquer l'existence d'un placenta accessoire, si ces membranes sont parcourues par quelques vaisseaux venant se rendre dans les artères ombilicales qui rampent à la surface du placenta extrait.

Pour terminer, il nous reste à parler d'un cas rare, dont l'existence a été contestée : le *placenta membra-*

(1) Tarnier. — Bull. de l'Accad. de Méd. Med. 1882.

neux. De la Motte, une fois (Observat. 104, « éprouva beaucoup de difficulté à tirer le délivre parce qu'il était très petit et très desséché » et il ajoute avoir eu toujours grand'peine à tirer ces placentas « plus membraneux que charnus ».

Nous résumons ici l'observation II de Guéniot.

., OBSERVATION II (résumée).

Il s'agissait d'une femme pour laquelle Guéniot, appelé par le Dr Lignerolles, avait tenté l'extraction d'un arrière-faix très adhérent, par des tractions violentes. La femme mourut et sur le cadavre, l'on trouva la matrice perforée, déchirée obliquement. Tandis que sur la face interne, la perte de substance offrait le diamètre d'une pièce de cinq francs, sur la face péritonéale elle permettait à peine l'introduction du doigt. Quant au placenta, ses attaches à l'utérus étaient telles que son tissu se confondait avec celui de cet organe et ne pouvait en être séparé que par déchirure.

Pour Guéniot, en pareil cas, il vaut mieux laisser la malade au « bénéfice de la nature et recommander son âme à Dieu » Il ajoute que Lignerolles avait cru à un *placenta membraneux*, mais que cela est de pure imagination.

C'est à côté de cette observation que nous plaçons ces paroles de Kleinwachter « Dans des cas très rares comme dans ceux de Stein, Jorg, Weiss, le placenta adhérent a pour cause un *soi-disant placenta membraneux*. Celui-ci, formation anormale se ramènerait à un développement trop faible en épaisseur des villosités choriales au niveau de la déciduale; alors que les villosités restent vasculaires à la plus grande partie de la périphérie de l'œuf, par laquelle elles adhèrent

à la déciduale. Il en résulte ce placenta mince et étendu d'une façon anormal. Weiss veut conclure des transformations fibreuses de la déciduale que cette anomalie résulte d'une *endométrite antérieure*. Le placenta membraneux dont la formation peut se produire dans *plusieurs grossesses successives* est une mauvaise complication ; comme ce placenta anormal adhère très fixement à la paroi utérine, et dans une grande étendue, son décollement est d'une difficulté extraordinaire, accompagné d'une hémorragie très intense. »

II. — Adhérences cliniques dans les suites de couches.

Le pronostic des adhérences placentaires est ordinairement peu grave quand elles peuvent être facilement rompues, et l'arrière-faix amené à l'extérieur quelques heures au plus après l'accouchement.

Si l'extraction manuelle n'a pas été précédée de manœuvres néfastes, si la main de l'accoucheur a été bien aseptisée, voilà autant de chances pour que l'infection puerpérale soit évitée. Il faudra cependant craindre la métrite consécutive, les altérations de la muqueuse avec prédisposition à de nouvelles adhérences.

Mais lorsque le placenta a été abandonné en entier ou en partie dans la matrice, les complications causées par cette rétention peuvent devenir aussi graves que variées.

Avant d'étudier ces complications, il nous faut

dire que les choses peuvent se terminer heureusement pour la femme dans certains cas.

Souvent le placenta ou le cotylédon sur lequel s'est refermé le col utérin s'élimine après quelque temps par un nouveau travail, sans qu'il y ait eu hémorragie ou infection. Dans un cas de Guéniot, où la rétention s'était prolongée 52 heures après l'accouchement, « le placenta conservait dans toute son étendue une entière fraîcheur, son tissu était un peu humide et ressemblait à de la chair de veau ».

Le séjour dans l'utérus peut même être beaucoup plus long, avec la même terminaison heureuse. Malgodi (1) rapporte le cas d'une femme non délivrée depuis trois mois, à laquelle l'administration d'ergot de seigle amena l'expulsion du placenta. « C'était une masse charnue, rougeâtre et compacte, présentant la forme de la cavité utérine. » Kleinwachter nous dit à ce sujet : « J'ai observé plusieurs cas où le placenta resta longtemps dans l'utérus, après un accouchement antérieur, sans provoquer d'apparence malade quelconque, et fut enfin expulsé par un travail énergique, sans hémorragie concomitante. Je me souviens tout spécialement d'un cas dans lequel le placenta fut expulsé, sans aucune hémorragie, après un séjour de plusieurs semaines dans l'utérus, n'ayant causé aucun trouble ; ce placenta était une masse solide, ressemblant complètement au *moulage de la cavité utérine*. »

(1) Malgodi. — (J. des C. Med. et Ch. oct. 1845).

Bien plus, l'on rapporte des cas où la masse placentaire, restée adhérente aurait été *résorbée*. Cette *résorption*, pour Mordret, aurait été scientifiquement constatée, et la meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est qu'elle constitue une heureuse terminaison des grossesses tubaires. Le premier, Guillemeau (1), parle d'une femme qui redevient enceinte au bout de quatre mois sans avoir été délivrée. Nægelé (2) en donne de très belles observations et avec lui beaucoup d'autres auteurs. Mordret lui-même les donne comme étant le propre des adhérences qu'il appelle définitives et qui seraient causées par un manque de travail physiologique. Car selon lui la résorption ne peut être admise s'il existe « inflammation, carcinome, ossification ou bien toute autre dégénérescence de la surface de l'utérus contiguë au placenta, ou du placenta lui-même. »

Charpentier, après avoir signalé un grand nombre d'observations, conclut :

1° « L'absorption du placenta est un fait incontestable.

2° Cette absorption ne peut s'exercer que sur un placenta intimement adhérent en totalité ou en partie.

3° L'absorption a lieu sans production de lochies, ni d'hémorragies dans le cas d'adhérence totale, avec hémorragie dans le cas d'adhérence partielle.

(1) Guillemeau. — (Œuvre de chirurgie 1648).

(2) Nægelé. — (Heidelberger Klinisch. Ann. 8 t. VII p. 245 et t. IV fas. 2).

4° L'adhérence totale n'est peut-être jamais mortelle.

Les cas de mort n'appartiennent qu'à l'adhérence partielle (hémorragie ou infection).

5° Un placenta qui n'est pas intimement adhérent ne s'absorbe pas.

Il faut nous hâter de dire qu'aujourd'hui les auteurs tendent, d'après l'observation clinique et anatomique, à nier la possibilité de cette résorption. En particulier, M. Fabre (1), à propos des polypes placentaires, nous dit : « Dans la rétention partielle du placenta, ce que je crois devoir signaler, c'est la persistance des éléments constitutifs du placenta, pendant un temps considérable, persistance qui réduit à néant l'hypothèse d'une résorption, théorie admise par un grand nombre d'auteurs. »

En général, le danger est d'autant plus grand pour la femme que le morceau de placenta resté adhérent est plus gros, et les symptômes peuvent revêtir les formes les plus variées. Si des germes d'infection ont été portés dans l'utérus, alors ceux-ci peuvent avec une facilité extraordinaire arriver dans les vaisseaux correspondant à l'insertion placentaire, et de là, se diffuser : d'où l'infection puerpérale par thrombo-phlébite. De plus, à cause de la présence du fragment placentaire resté, l'utérus ne peut se rétracter convenablement, et par suite la formation de thromboses à l'insertion placentaire se poursuit

(1) Fabre. — Modifications du placenta dans la cavité utérine. In. bull. de l'Acad. de Méd.; séance du 3^e oct. 1899. T. XLII).

en s'aggravant. L'utérus étant gêné dans son involution, par son contenu anormal, il en résulte des hémorragies qui peuvent devenir en particulier très violentes, quand le fragment placentaire commence à se détacher. Ces hémorragies, se produisant irrégulièrement, peuvent atteindre une violence telle, que la malade en perde la vie.

En dehors de cette hémorragie, il subsiste un écoulement séro-sanguin ; parfois même l'hémorragie fait complètement défaut, elle se produit seulement après quelques jours, ou même deux ou trois semaines après ; ou même encore elle n'apparaît qu'au détachement de la masse placentaire. Cet écoulement séro-sanguin peut devenir putride ; les morceaux s'éliminent peu à peu et la femme arrive parfois à triompher d'une longue infection.

Ces fragments placentaires ainsi restés sont les causes les plus fréquentes de ce que l'on nomme : *hémorragies tardives des suites de couches*. Le diagnostic de fragment placentaire resté adhérent est facile à faire. On tombe sur un utérus involvé d'une façon défectueuse dont l'orifice cervical est ordinairement ouvert, laissant échapper goutte à goutte du sang, ou de la sérosité sanguinolente. De plus, la femme se plaint d'hémorragies irrégulières et plus ou moins intenses.

Si la femme n'a pas été infectée, le danger est écarté par l'éloignement du fragment placentaire. Exceptionnellement, il peut arriver que ce ne soit pas le cas, comme le témoigne cette observation.

OBSERVATION III

(traduite de Kleinwachter)

« Ce cas exceptionnel concernait une **multipare** dans la force de l'âge, auprès de laquelle je fus appelé, presque deux semaines après la naissance de l'enfant. Il y avait déjà plus d'une semaine qu'avait débuté la fièvre puerpérale, lorsque tout à coup se produisit une hémorragie violente, qui se renouvela ensuite de temps en temps. Appelé précisément à l'occasion d'une de ces hémorragies, je trouvai la femme en état de fièvre puerpérale, et anémique au plus haut degré. Comme l'ouverture de la matrice était si étroite que je ne pouvais entrer le doigt dans l'utérus, je tamponnai énergiquement, le matin, la cavité vaginale avec de l'ouate. Le soir du même jour après l'enlèvement du tampon, l'ouverture de la matrice était si large, qu'elle laissa passer sans peine un fragment placentaire plus grand que la paume de la main. L'émission sanguine concomitante fut très modérée et s'arrêta immédiatement après une injection intra-utérine. Cependant la malade expira dans mes bras. L'anémie était déjà portée à un si haut degré, qu'une perte de sang relativement faible suffit pour mettre fin à la vie. »

Abstraction faite des dangers produits directement par la présence du fragment placentaire, laquelle peut conduire la malade « *doucement au tombeau* », il en existe un autre, créé par des circonstances particulières. A la suite des hémorragies causées par le fragment resté, il se forme sur celui-ci des coagulats qui s'accumulent de plus en plus, à mesure que les hémorragies se répètent. Le fragment

devient peu à peu vide de sang, solide et toujours plus gros; et finalement il affecte une forme de grandeur variable, *pétiolé*, que l'on appelle « *polype placentaire* » qui, à mesure qu'il se développe, fournit une nouvelle occasion à des hémorragies. Un tel être peut être gros, comme un noyau de cerise, ou bien encore comme un œuf de poule, ou même plus gros encore. Il siège ordinairement au fond de l'utérus, parfois dans un coin de la trompe. Il est à *base large* ou à *pétiole mince*.

Exceptionnellement il existe plusieurs petites tumeurs semblables, pouvant confluer plus tard.

La présence de ces polypes a pour résultat une involution imparfaite de l'utérus; et dans ces conditions, l'ouverture de la matrice se trouve béante et facilement extensible. Les symptômes sont aussi des hémorragies irrégulières. Elles peuvent prendre la forme d'une *menstruation profuse*, ou même d'une *métrorrhagie inattendue*. Dans les intervalles persiste un écoulement *séro-sanguin*, *muco-purulent*, ou nettement *purulent*.

Ce polype ne procure *aucune douleur*. Tout au plus lorsqu'il est gros, il donne un sentiment indéterminé de pression et de pesanteur dans le bas-ventre. S'il n'intervient aucune infection septique, l'état général souffre seulement des pertes de sang, et cela peut durer des semaines et des mois.

Plus tôt l'on voit la malade après l'accouchement, d'autant plus facile est le diagnostic. On trouve l'utérus resté en involution. On apprend qu'il se produit

des hémorragies irrégulières; on tombe sur un col ouvert, cédant facilement, et facilitant ainsi l'exploration digitale de l'utérus. Dans le cas contraire, s'il s'est écoulé un temps plus ou moins long, et si le col est fermé, le diagnostic ne pourra être formulé qu'après la dilatation du col, suivie de l'exploration digitale de l'utérus.

Notons pour terminer que le *déciduome malin*, conséquence plus fréquente d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, peut succéder cependant à une rétention cotylédonaire, dans l'accouchement à terme.

Plus rarement l'on aura un « *polype placentaire destructeur* » qui envahit le tissu musculaire et peut même perforer la paroi utérine. Les malades porteuses de ces polypes sont en proie à des hémorragies violentes, auxquelles elles succombent, ou bien encore à une péritonite.

D'où l'intérêt clinique d'examiner toute parcelle extraite d'un utérus, dans les suites de couches, pour porter un pronostic favorable ou malheureusement le contraire.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans notre étude clinique, nous avons déjà vu que les adhérences anormales du placenta peuvent varier beaucoup, quant à leur situation par rapport à la paroi utérine, leur étendue, leur intimité; elles varient encore par leur aspect macroscopique. Les types anatomiques sont extrêmement nombreux, et nous renvoyons à nos observations pour compléter cette description.

Cependant il nous paraît important de rappeler au point de vue de la situation, la coïncidence des adhérences placentaires avec le *placenta prævia*, et aussi l'insertion au niveau des *cornes utérines*. Nous attirons également l'attention sur les adhérences anormales des *cotylédons diverticulaires*, des *placentas succenturiés*; celles aussi des *placentas « dits membraneux »* décrits précédemment.

Souvent l'aspect macroscopique des placentas anormalement adhérents n'offre rien de particulier surtout si les adhérences étaient légères. Par contre, si elles étaient intimes, il a fallu extraire morceau par morceau

chaque cotylédon du placenta qui faisait corps pour ainsi dire avec la paroi utérine; on conçoit donc que ces placentas ainsi extraits soient plus ou moins *dilacérés*. « Je me souviens qu'un jour, nous dit M. le professeur Budin, pendant mon internat à la Maternité, M. Tarnier m'apporta un placenta en me priant de rechercher s'il n'était pas resté de fibres musculaires à sa surface, tant la délivrance artificielle avait été rendue laborieuse par le fait des adhérences. »

Des lésions macroscopiques aussi curieuses qu'erronées, ont été tour à tour décrites par les auteurs, avides d'y trouver la pathogénie des adhérences. Peu (1) attribue l'adhérence morbide du placenta à la trop *grande sécheresse* de cette partie, ou à l'intempérie survenue à la suite de quelque maladie fébrile aiguë ou latente, et par le mauvais régime. •

Haller (2) dit que « l'adhérence se fait au moyen d'une *toile celluleuse*, que quelques-uns ont dit être des ligaments, et par des *réseaux considérables*. »

Morgagni (3) attribue les adhérences à un vice du placenta s'implantant par des *radicules trop grosses*, trop longues, ou trop nombreuses.

Le premier (4), Brachet, de Lyon, s'occupe de l'étiologie des adhérences dont il fait rentrer les causes dans la *placentite*, analogue à la pneumonie, par ses

(1) Peu. — (Prat. des accouch. Paris, 1604, liv. II. p. 505).

(2) Haller. — (Elém. physiol. t. VIII, p. 236 Berne, 1766).

(3) Morgagni. — (Rech. anato-path. sur les causes et le siège des maladies. Traduct. Désormeaux, t. VII. Paris, 1823).

(4) Brachet. — (Rev. Méd. 1838).

phases : *congestion, hépatisation rouge, hépatisation grise, suppuration et adhérences.*

Cruveilhier, Simpson (1) rapportent des cas où ils ont vu des *abcès* et du *pus* dans le placenta.

D'après Désormeaux et Dubois (2) la lymphe plastique épanchée entre la face utérine du placenta et la matrice donne lieu à des adhérences, pouvant devenir *celluleuses filamenteuses, fibrineuses, cartilagineuses, pouvant présenter des dépôts calcaires ou s'ossifier.*

Robin, reprenant la théorie de Jacquemier qui le premier invoqua *l'épanchement sanguin*, déclare que le sang épanché est un corps étranger, mort, incapable de s'organiser. L'adhérence est caractérisée par *l'oblitération fibreuse* de la cavité des villosités placentaires. Ce que l'on appelle *dégénérescence graisseuse* n'est qu'un accident amené par le dépôt de granulations graisseuses à la surface des villosités et dans leurs interstices.

«C'est une complication de l'oblitération naturelle des villosités choriales proprement dites; le nom de *dégénérescence graisseuse* n'est donc pas exact.»

Pour Charpentier (3) « La formation d'adhérences par exsudation primitive de la paroi utérine est prouvée par des preuves anatomiques.

Tantôt le tissu du placenta présente un aspect solide, calleux, blanchâtre, anémique; tantôt au con-

(1) Simpson. — (Clin. obst. et gynéc. Ar. Chantreuil, 1874).

(2) Désormeaux et Dubois. — (Répert. génér. de med. t. XXI p. 550).

(3) Charpentier. — (Traité d'Accouch., pag. 867).

traire, il est mou, friable, brunâtre, spongieux, cedant à la moindre traction, et pourtant le placenta adhère solidement à l'utérus, par la couche unissante.

Lorsque les adhérences sont secondaires elles sont la conséquence d'épanchements dans le parenchyme du placenta ou entre celui-ci et son revêtement membraneux.

Ces adhérences sont étalées en forme de membranes de cordons, de bandes.»

Tout récemment, Edhem décrit un aspect macroscopique du placenta, dont la face utérine présentait une *vingtaine d'espaces*, où, la caduque enlevée comme à l'*emporte-pièce*, on voyait les villosités à nu. Ces espaces circulaires avaient un diamètre de 3 à 8^{mm} et une profondeur de 2^{mm} 1/2. De plus, la caduque très résistante présentait des *tractus fibreux* passant d'un cotylédon à l'autre; elle était plus blanche et, du côté fœtal, on voyait des îlots blanchâtres dans le grand sinus sous-chorial.

Recherches microscopiques récentes. —

En 1875, avec Langhans, commence une deuxième phase, empiétant de quelques années sur la précédente, qui va jeter un peu de lumière sur cette sombre question. A Langhans (1) revient l'honneur d'avoir étudié avec précision la structure du placenta et d'avoir montré le rôle de la couche spongieuse dans le *clivage placentaire*. Pour cet auteur, c'est le manque de développement de cette couche

(1) Langhans. — (Ar. f. gynack : Bd VIII, S. 287).

spongieuse, par suite d'une *endométrite antérieure*, qui causerait l'adhérence du placenta.

Outre le développement défectueux de la couche spongieuse, Berry Hart (1) donne une *formation de tissu fibreux* dense par lequel seraient créées les adhérences. Ses conclusions sont à peu près analogues à celles de Langhans.

Mais parmi les travaux les plus remarquables il faut citer ceux de Léopold et de Neumann, qui tous les deux, ont eu l'occasion de faire des recherches sur des placentas de femmes mortes en couches.

— OBSERVATION IV

(Résumée de Léopold-Leiss)

(Cent. f. gyn., 1891. S. 648)

XI *pare*, âgée de 39 ans.

Extraction manuelle du placenta pour les 5^e, 7^e, 8^e accouchements.

Pour le XI^e accouchement, *la délivrance est compliquée par une adhérence* très forte du placenta au fond de l'utérus, et au voisinage des trompes.

Extraction manuelle laborieuse et incomplète ; hémorragie violente et mort de la malade trois heures après l'accouchement.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Les morceaux de placenta adhérents à la couche musculaire montraient la *disparition complète de la sérotine*. Celle-ci avait été remplacée par du tissu conjonctif, et c'est seulement par places que l'on pouvait encore distinguer quelques cellules déciduales dans le sein de ce tissu. Les villosités adhéraient à ce tissu dont les prolonge-

(1) Berry Hart. — (Edimb. Med. J., mars 1889, p. 816).

ments enveloppaient très intimement des faisceaux musculaires. La couche spongieuse avait disparu complètement.

OBSERVATION V

(Résumée de Neumann

(Monatschr. f. geburtshulf und gyn. Bd IV. S. 307)

Il s'agissait d'une adhérence anormale d'un placenta praevia qui avait résisté à deux tentatives de décollement par la manœuvre de Credé.

Il fallut recourir à l'extraction manuelle, par morceaux, durant laquelle une hémorragie formidable se produisit qui causa la mort de la malade.

AUTOPSIE. — On trouva un grand nombre de débris placentaires adhérents à la paroi utérine.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Absence complète de la sérotine*; aucune trace de cellules déciduales, ni de glandes de la muqueuse utérine. Le placenta reposait à même sur la musculuse.

Par places, on pouvait constater des *épanchements* de sang frais, alors qu'en d'autres endroits, on distinguait très bien du vieux sang.

Développement considérable de *tissu fibreux*.

Du côté du muscle, on constatait une *dégénérescence hyaline* mais *aucune trace d'inflammation* aussi bien dans la musculuse que dans le placenta lui-même. Et c'est dans le voisinage seulement des vaisseaux rompus, que l'on pouvait constater un faible amas de leucocytes.

Neumann trouva seulement du tissu décidual dans les endroits situés en dehors de la zone d'insertion placentaire.

Chose importante, l'on distinguait dans les sinus veineux, au niveau du placenta, des prolongements villaires, l'endothélium des vaisseaux étant conservé; mais à l'ouverture

même des vaisseaux, à la surface placentaire de la sérotine, l'adhérence des villosités choriales était si intime aux parois vasculaires que leur endothélium avait complètement disparu.

En résumé, les villosités se trouvaient donc fixées solidement à la couche musculaire et aux parois des sinus vasculaires. Du côté du muscle apparaissait un développement de tissu cellulaire conjonctif interstitiel, avec la dégénérescence hyaline des éléments musculaires ; mais ces dernières transformations, d'après l'auteur, ne sont que la réaction du tissu musculaire, envahi par les villosités.

OBSERVATION VI

(Traduite d'Alexandrow)

« Il s'agit d'une malade opérée par nous, pour *rupture utérine* survenue pendant la grossesse, un mois avant le terme, sans aucune cause apparente. Subitement, pendant la nuit, la malade âgée de 27 ans, **tripare**, avait été prise de douleurs très fortes dans le ventre, en même temps qu'une légère perte de sang se produisait par le vagin. Le médecin appelé, l'adressa à l'hôpital qu'elle quitta après neuf jours, les douleurs ayant disparu. Elle se présente dans ma clinique, se plaignant de ne plus sentir remuer son enfant. On fit le diagnostic de rupture de la trompe, avec issue du fœtus dans la cavité péritonéale. Mais la laparotomie montra qu'il s'agissait d'une rupture utérine.

Quant au placenta, il était resté dans l'utérus, faisant tampon, au niveau de la déchirure. Dans l'opération, il fallut bien le séparer des parois utérines, mais un certain nombre de débris restèrent adhérents.

Après ablation de l'utérus, les parties utérines où adhéraient les débris furent soumises à un examen microscopique.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. - A un faible grossissement, on peut distinguer, d'une façon assez nette, aussi bien du tissu musculaire sain que du tissu musculaire ayant subi une *dégé-*

nérescence hyaline et qui se colore plus faiblement que le reste de la surface tout à fait rouge. En examinant attentivement, nous remarquons que ces bandes faiblement colorées présentent une forme allongée qui correspondrait à la direction des vaisseaux.

En examinant ensuite la paroi utérine au niveau de son adhérence avec le placenta, nous remarquons qu'immédiatement à la surface du muscle, se trouve une couche de *fibrine* mêlée en partie avec des globules rouges sanguins.

Un peu plus loin on voit les villosités dont un grand nombre ont conservé leur syncytium. Les villosités cependant n'ont pas partout le même aspect.

Dans certains endroits, elles sont entourées de fibrine et alors on ne voit plus du tout de couche épithéliale ; d'autres encore sont enveloppées de *tissu-conjonctif*, dont les faisceaux peuvent être suivis jusque dans les interstices de la couche musculaire. Par places ces villosités se montrent très serrées par suite de la pression exercée par le tissu conjonctif.

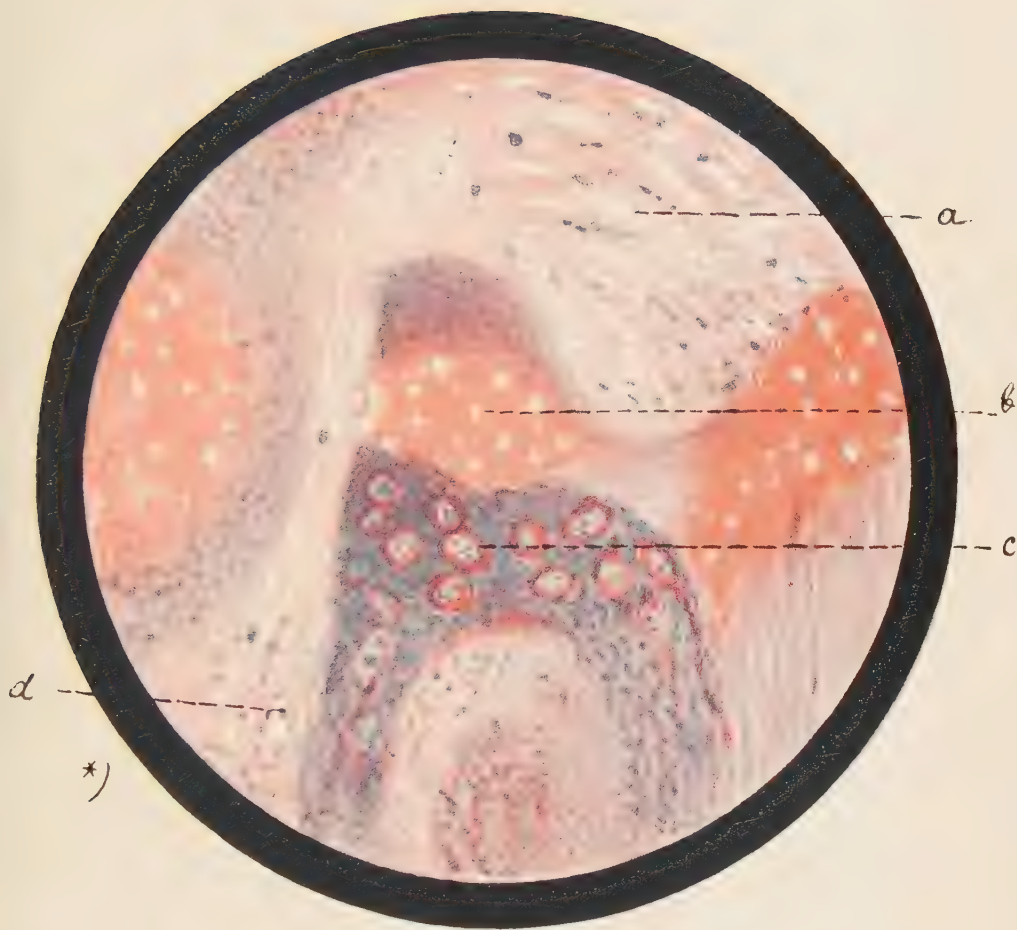
Entre ces villosités et le tissu musculaire, on ne voit nulle part de *cellules déciduales* qui appartiendraient à la sérotine. On dirait que cette dernière a cédé sa place à une couche de villosités.

De *tissu spongieux*, il n'en existe pas, non plus. A sa place, on voit une légère couche de tissu interstitiel développé en quantité anormale.

Ce n'est que par endroits et au pourtour de cet amas de villosités, que l'on a une agglomération de cellules déciduales, comme pour témoigner que les villosités auraient écarté ce tissu décidual pour se frayer un chemin vers le sang du tissu utérin.

Au niveau du tissu sain, on observe un grand nombre de *vaisseaux sanguins dilatés*, remplis de globules rouges qui se trouvent également en dehors des vaisseaux, dans les interstices des fibres musculaires.

On ne voit *nulle part de globules blancs* ; de sorte qu'il ne



D'après ALEXANDROW.

- a* Tissu musculaire avec dégénérescence hyaline.
- b* Amas de fibrine et de globules rouges.
- c* Villosité avec syncytium conservé par places et altéré à d'autres.
- d* Tissu interstitiel fibreux.
- * Cellules déciduales excentriques.

peut être question d'inflammation aiguë dans cette région. Si au contraire la formation des adhérences était le résultat d'une inflammation quelconque, nous aurions certainement eu une infiltration de cellules jeunes à différents stades de leur développement, étant donné que ce processus inflammatoire aurait remonté à un mois.

A cause de l'extraction manuelle du placenta, ayant précédé l'amputation de l'utérus, la préparation des coupes ne pouvait porter sur toute la surface d'insertion des villosités. Cependant elle nous a permis d'étudier les transformations histologiques en certains points.

Quant aux adhérences des villosités dans les sinus vasculaires, cela, nous n'avons pu le constater malgré l'examen très attentif des coupes.

Cependant les résultats de nos recherches nous offrent même ici un tableau assez caractéristique, pour expliquer le caractère du processus.

Les données que nous avons obtenues confirment les recherches de Neumann, et nous amènent à faire les conclusions suivantes :

1° La cause de l'adhérence placentaire dans la grande majorité des cas, est due à l'implantation des villosités choriales, dans le tissu musculaire de l'utérus, grâce à l'atrophie du tissu cellulaire décidual.

2° Il ne peut exister ici d'inflammation aiguë étant donné qu'il n'y a nulle part d'infiltration des tissus par des cellules rondes.

3° La présence du tissu interstitiel fibreux nous montre qu'il s'agit d'un processus chronique accompli, qui constitue précisément la cause des compli-

cations de la grossesse par adhérence placentaire. »

Comme on peut en juger, il paraît bien exact que dans tous les cas précédents, il s'agit d'un processus à peu près identique.

Voyons maintenant ce que nous disent des travaux analogues et plus récents.

OBSERVATION VII

(Résumée de Konrad Hense par de Teyssier). — Zeitschrift.
f. Geburt. und. gynaek, 1901, p. 272).

Femme de 33 ans, **VIII** pare.

Accouchements antérieurs normaux, sauf le *troisième et le quatrième, pour lesquels on est obligé de faire la délivrance artificielle.*

Huitième accouchement. — Normal et spontané. Vingt minutes après l'expulsion du fœtus, une forte hémorragie se produit. On pratique l'expression de l'utérus, dont la contractilité se réveille, mais pendant les douleurs, l'hémorragie continue assez abondante. Brusquement la patiente se cyanose, le pouls devient très petit et monte à 140, le respiration devient superficielle. La malade meurt au bout de 8 h. 1/2.

AUTOPSIE. — Insuffisances aortique et mitrale. Œdème pulmonaire. Hydrothorax, hydropéricarde. Ascite. Début de péritonite.

Le placenta est dans l'utérus en partie décollé et en partie en adhérence intime avec la paroi utérine. Insertion marginale. Entre le segment décollé et les membranes d'un côté, et la paroi utérine de l'autre, il existe de gros caillots sanguins.

Examen microscopique du placenta et de la paroi musculaire au niveau des adhérences.

Les villosités ne présentent que très peu ou pas d'altérations.

C'est la décidue et surtout la décidue séroline qui est la plus altérée. En effet, celle-ci manque complètement sur plusieurs points, et représente un développement bien modifié là où elle existe : elle est mince et grêle, elle ne montre plus une couche de séparation nette entre les villosités et le muscle utérin ; elle est riche en lacunes, en brèches au niveau desquelles les villosités, soit directement, soit plutôt par l'intermédiaire de leur syncytium entrent en connexion directe avec les fibres musculaires de l'utérus. La décidue « prend par places un peu de largeur ; ça et là elle forme encore de petites saillies, jusqu'à ce qu'elle prenne l'aspect d'une bande mince et disparaisse ensuite brusquement comme si elle était rompue, laissant les villosités et la couche musculaire, en rapport direct ».

Les cellules déciduales conservées sont petites, indistinctes ; les noyaux n'existent plus ou bien se dessinent très mal. Le nombre des cellules est très diminué. Les glandes se reconnaissent avec beaucoup de peine.

La caduque membraneuse est moins altérée que la caduque placentaire. Elle forme une couche distincte. Mais elle est très mince, très altérée et en de nombreux points contient des foyers de nécrobiose.

Nulle part on ne trouve trace d'infiltration embryonnaire ni d'extravasation sanguine.

OBSERVATION VIII

(Résumée d'Edhem). — (Bull. Soc. obst. Paris 1903,

Séance du 28 mai).

A. B..., 40 ans. Ovaliste, **IX** pare.

Huit accouchements, tous compliqués par des hémorragies de la délivrance.

Pour les cinq premiers, délivrance spontanée et complète.

Pour les trois derniers, extraction manuelle du placenta, particulièrement laborieuse dans le *cinquième et huitième où il faut procéder par trituration.*

Neuvième accouchement. — Expulsion fœtale spontanée. Huit minutes après, utérus mou et dépassant l'ombilic. Expression, massage et finalement délivrance.

Par un premier curettage digital on retire un fragment placentaire assez gros, situé dans la corne droite. Un deuxième curettage par M. le professeur Fabre lui-même ramène un grand nombre de débris et une masse de lambeaux de 80 gr. environ qui flottaient dans la cavité utérine au niveau de l'insertion placentaire, constitués par de la caduque et des villosités en grand nombre.

Guérison de la malade qui présente pendant 23 jours une température variant de 37°5 à 38°5.

Examen macroscopique du placenta (résumé à la fin de notre étude macroscopique).

Examen microscopique. Il a été pratiqué par M. Fabre et Edhem.

Villosités. — a) Les gros troncs villex ne présentent pas d'altérations bien nettes si ce n'est au niveau du syncytium, qui sur une assez grande étendue de la périphérie est remplacé par une couche de *fibrine*, colorée en rose sale par l'éosine.

Cette couche irrégulière comme épaisseur présente en certains points des soulèvements, au niveau desquels les noyaux de la couche plasmodiale, sont réunis en amas de trois ou quatre, irrégulièrement

disposés. La couche de fibrine sépare le tissu fœtal du sang maternel.

Le stroma du chorion présente une disposition fibrillaire peut-être plus accentuée que normalement.

b) Dans les troncs villex moyens le syncytium est normal. Sa couche protoplasmique est mince. Les noyaux sont régulièrement disposés. Les vaisseaux sont normaux. Mais le chorion présente des noyaux en plus grand nombre que normalement et de plus grand volume.

c Les villosités les plus fines présentent un chorion très nucléé.

Caducque placentaire. La caduque placentaire est très irrégulière, elle est constituée par un tissu au niveau duquel les cellules déciduales, de volume inférieur au volume normal, sont séparées par une *substance intercellulaire* abondante, colorée en rose pâle par l'éosine. Le noyau de la cellule est assez bien coloré, le corps protoplasmique présente des granulations assez nombreuses avec des vacuoles ; et entre toutes les cellules on retrouve cette *substance intercellulaire*, analogue à de la fibrine, et cloisonnant les éléments.

En certains points, les cellules déciduales ont disparu et on ne trouve plus que quelques vestiges nucléaires, englobés par la couche du tissu intercellulaire, devenu prédominant. Dans ces amas à peine quelques cellules déciduales sont-elles restées normales. Nulle part on ne trouve d'amas de leucocytes.

Du côté du sinus sanguin, les villosités restent à distance de la caduque. En d'autres points, les villosités en contact avec la caduque perdent leur syncytium, et la substance intercellulaire qui forme la grande partie de la caduque se met en continuité avec celle qui entoure les villosités.

Dans les points où macroscopiquement on avait constaté de ces arrachements de la caduque en forme d'emporte-pièces, les villosités sont libres, mais à ce niveau il y a une dépression, indiquant d'une façon très nette que la caduque, restée adhérente, a entraîné avec elle un certain nombre de villosités.

Caduque intra-placentaire. Examinée dans les septa, au voisinage de la caduque sérotine elle présente des altérations qui vont en diminuant à mesure que l'on s'éloigne de la face maternelle. Les cellules ont leur volume normal, mais entre elles il existe toujours une substance intercellulaire, abondante constituée par des fibrilles limitant des alvéoles. Dans celles-ci on trouve quatre ou cinq cellules tassées les unes sur les autres, de dimensions moindres que normalement, d'aspect vacuolé et à noyau se colorant mal. Et autour du prolongement intracotyloédonaire de la caduque, on trouve toujours cette couche de tissu intercellulaire dense, limitant les sinus sanguins.

Membranes. Au niveau des membranes l'amnios manque dans toute l'étendue des préparations. Là encore la caduque présente des altérations très nombreuses. Au voisinage du chorion les cellules de

la caduque sont très irrégulières, petites et représentées seulement, par des noyaux ou des débris de noyaux, se colorant très mal et par place on retrouve ce tissu intercellulaire amorphe, au sein duquel les cellules, diminuent en nombre, s'atrophient, dégénèrent et disparaissent, laissant la place libre au tissu intercellulaire, qui arrive à former une couche dense et compacte. Du côté, de la surface de séparation, les cellules déciduales ont subi une dégénérescence vitreuse très marquée, et les noyaux ne se colorent plus avec élection. Mais nulle part on ne trouve d'amas de leucocytes. Les vaisseaux déciduaux sont normaux, l'endothélium n'est pas proliféré.

En somme, au niveau des membranes la caduque présente deux aspects bien particuliers. Au niveau du chorion les cellules déciduales sont peu altérées, elles sont petites et un peu irrégulières. Mais peu à peu, on assiste sur le champ du microscope aux différentes phases dans lesquelles ces cellules englobées par le tissu intercellulaire de plus en plus prédominant s'atrophient, dégénèrent et disparaissent alors que le tissu intercellulaire prend leur place.

OBSERVATION IX

(Résumée de J. de Bernard de Teyssier)

(Thèse de Lyon 1904, p. 72).

M. V..., 35 ans. **II** **pare**. Entre à la Maternité 22 août 1903. Pas d'antécédents pathologiques, excepté un état anémique à 18 ans.

Premier accouchement. — Extraction à l'aide du forceps d'un enfant mort.

Grossesse actuelle. — Petites hémorragies depuis les cinq derniers mois. Présentation du siège.

Le 22 août au soir, les bruits fœtaux faiblissant, on fait la dilatation artificielle du col, et la grande extraction par le siège d'un enfant vivant,

Hémorragie violente par adhérence partielle qu'on arrive à détruire très péniblement par morcellement.

Placenta : 340 gr., mince et étalé.

Membranes épaisses et dures ; le tout déchiqueté et d'apparence blanchâtre.

Suites de couches. — L'infection se déclare et dure deux semaines. Injections intra-utérines quotidiennes ; intervention par deux abcès de fixation dans les flancs. Le 20 septembre 1903, la malade part guérie.

Examen histologique (par M. le professeur agrégé Fabre) :

A. — *Caducée sérotine.*

1° *Couche limitant le sinus maternel.* — Les villosités qui arrivent à son contact sont normales et ne paraissent pas faire corps avec elle. Elle renferme quelques rares cellules déciduales à protoplasma granuleux, à noyaux bourgeonnants et vitreux. Ça et là, quelques lacunes remplaçant les cellules disparues.

2° *Couche intermédiaire.* — Caractérisée par l'aspect fusiforme des éléments déciduaux, l'irrégularité de leur disposition, et la présence dans cette couche de nombreux vaisseaux. En certains points, les cellules déciduales ont disparu pour faire place à une substance légèrement fibrillaire sans éléments cellulaires.

3° *Couche profonde.* — (Située au niveau du plan de clivage) « sa surface est bosselée, son tissu constitué par une substance intercellulaire abondante, dans l'épaisseur de laquelle on trouve des points correspondant à des débris

nucléaires très altérés. On trouve des cellules déciduales à différents degrés de désintégration, en nombre moins grand que dans la couche intermédiaire, mais beaucoup plus grand que dans la couche albumineuse ».

B. — *Placenta fœtal*. — Aucune altération nette.

A la fin de cette étude anatomo-pathologique, il nous paraît bon d'essayer d'en déduire une idée générale et de voir si tout concourt bien à unifier le processus pouvant expliquer la formation des adhérences anormales du placenta.

Au point de vue macroscopique tout est diffus : tantôt le placenta présente les aspects les plus bizarres, tantôt il ne présente rien du tout.

Mais au point de vue microscopique, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur la série d'études récentes, que nous venons de passer en revue, en commençant par celles de J. de B. de Teyssier et d'Edhem, passant par celles de Hense, Léopold-Leiss, Alexandrow pour arriver enfin à celle de Neumann, il nous semble bien entrevoir une lumière : il s'agirait d'un processus unique à différents stades, dont l'aboutissant extrême est la *disparition complète de la sérotine*, qui se trouve alors remplacée par du tissu fibreux, soudant ensemble placenta et utérus.

Cependant nous ferons remarquer qu'il y a bien une grande différence entre le processus décrit par Léopold-Leiss, Alexandrow, et Neumann d'une part, et celui décrit par Hense, Edhem et de Teyssier, d'autre part. Dans le premier cas : plus de sérotine, plus ou presque plus de cellules déciduales, mais appa-

rition de tissu nettement fibreux, constituant l'adhérence. Dans le second cas au contraire : la sérotine présente des altérations : mais elle existe ; l'on parle bien d'un certain *tissu fibrillaire* (cas d'Edhem, de Teyssier) s'interposant entre les cellules déciduales, mais on ne peut se prononcer sur la nature de ce tissu.

Un point très important est que toutes les études arrivent à cette même conclusion : aucune trace d'inflammation.

Neumann, cependant, signale la présence d'épanchements sanguins, et Alexandrow d'extravasats de globules rouges. Mais ni l'un ni l'autre de ces auteurs ne tiennent compte de ces faits dans leurs conclusions.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Des études microscopiques, il résulte naturellement que toutes les anciennes théories, édifiées pour expliquer la formation des adhérences anormales du placenta, n'ont plus de raison d'être ; elles s'écroulent d'elles-mêmes, par ce fait que les lésions par elles décrites ne sont pas retrouvées.

Ces vieilles théories pathogéniques se confondant pour la plupart avec des descriptions macroscopiques, nous les avons passées en revue dans le chapitre précédent ; inutile d'en parler, elles sont mortes. A peine trouve-t-on en faveur de celle de Jacquemier, une vague mention d'épanchements sanguins ; dans l'observation de Neumann, une hypérémie des vaisseaux, dans celle d'Alexandrow ; caractères auxquels les auteurs ne semblent du reste attacher aucune importance.

Quant à la *théorie inflammatoire*, la *placentite* de Brachet, considérée pendant longtemps comme pouvant devenir une cause de difficultés, lors de la délivrance, en déterminant la formation d'adhérences

anormales, elle est bien faiblement maintenue actuellement, par les travaux de Laughans et de Berry Hart, invoquant comme cause une *endométrite* survenue au cours de la grossesse.

Notons cependant que, pour Léopold et Leiss, il existerait une *endométrite ancienne*, laquelle à un moment donné, pendant la grossesse, subirait une nouvelle poussée, susceptible de créer les adhérences. Mais cette opinion a ce fait capital contre elle : aucune trace d'inflammation n'est relevée par les recherches microscopiques.

Mais alors quelle solution donner au problème ? à quelles causes ramener la pathogénie des adhérences ? Le moment est venu, pour résoudre cette question, de faire appel aux connaissances fournies, par l'étude tant anatomique que physiologique du placenta, par celle des adhérences cliniques, celle surtout des lésions anatomo-pathologiques microscopiques.

Si nous considérons la physiologie de la délivrance, un certain nombre de causes peuvent être trouvées dans les anomalies venant créer un obstacle au décollement placentaire. Weit, cité par Kleinwachter, semble réfuter tout genre d'adhérence organique, pour accorder une importance capitale aux phénomènes d'ordre mécanique. D'après lui, dans la grande majorité des cas, le placenta serait retenu dans l'utérus, par suite de contractions très faibles de ce muscle, et dans des cas rares seulement, l'on aurait à constater des modifications assez franches,

consistant dans le développement de masses fibreuses dans le tissu placentaire, et dans le *gonflement de la déciduale*.

Il est certain, d'après l'action des contractions utérines sur la rupture des adhérences, que la faiblesse même de ces contractions soit une cause de retard dans le décollement. Il existerait là, du reste, une certaine part d'inertie utérine, laquelle se ferait sentir encore dans le retrait utérin et les arrières douleurs. Morgagni (1) cite un cas où la frayeur survenue à une femme, très affectée d'avoir donné le jour à une fille au lieu d'un garçon, suffit pour occasionner une rétention placentaire.

Mais nous croyons devoir attribuer une plus grande considération à la mauvaise qualité du muscle lui-même, créée par les grossesses répétées et un affaiblissement général. Et nous évoquons ici la vue de ces grandes multipares, débilitées et parfois miséreuses, accouchant bien rapidement et même sans douleur, grâce à une dilatation facile du col, mais ne trouvant plus ensuite dans leurs contractions utérines la force nécessaire pour achever le décollement placentaire.

Le placenta ne pouvant suivre le mouvement de retrait de la paroi utérine se dérobant sous lui, se tasse et tend à s'écarter de sa surface d'insertion; ses villosités viennent alors aborder obliquement leurs points d'implantation. Il semble donc que le pla-

(1) Morgagni (De Sed. et causis epis., 48 art., observat. 8)

centa glisse en bas, par son propre poids, qui aurait alors une influence d'autant plus importante sur la rupture des adhérences, qu'il serait plus considérable. Quelques auteurs signalent, en effet, l'atrophie de placentas ayant présenté des difficultés de décollement.

Comme cause de faiblesse des contractions utérines, on a trouvé également la minceur des parois, au niveau des cornes utérines. D'après Burckardt (1), l'insertion du placenta en ce point, amènerait la rétention de ce dernier lors de la délivrance.

Schröder (2), au contraire, dit que là où l'utérus possède une épaisseur anormale, la surface correspondant à l'insertion, ne peut suffisamment se rapetisser pour rompre les adhérences qui s'y fixent.

Du reste, pour ce qui a rapport à l'insertion du placenta au voisinage des cornes, M. le professeur Budin nous dit : « Parfois c'est une portion du corps de l'utérus, qui se contracte isolément et retient le placenta. Le fait se produit en général au voisinage d'une des cornes, ce qui s'explique par l'existence de cercles musculaires, autour de l'orifice des trompes : il y a enchâtonnement du placenta qui se trouve emprisonné en totalité ou en partie, qu'il soit demeuré ou non à la paroi utérine. L'existence de cet enchâtonnement a été mise en doute, mais je puis vous affirmer qu'elle est réelle ; j'en ai observé pour ma part quelques exemples très nets. »

(1) Burckhardt (Hegar's Beith.)

(2) Schröder (G.-F.-G., 1893, p. 371). Cité par Kleinwachter.

C'est encore mécaniquement que le placenta prævia, inséré loin du centre d'intensité maxima des contractions utérines, présenterait une résistance à se décoller (Chazand, cité par Reed).

Enfin Cavillan (1) accuse dans certains cas la pression atmosphérique d'empêcher le décollement du placenta ; et celui-ci devrait être déchiré par le doigt au niveau de l'insertion du cordon, pour faire disparaître l'influence précédente.

Toutes ces particularités peuvent bien, pour une certaine part, expliquer certains cas d'adhérences anormales légères. Mais on ne saurait leur attribuer les adhérences intimes : tout au plus pouvons-nous leur accorder de venir compliquer ces dernières.

Il faut l'intervention d'influences plus profondes, pour expliquer les adhérences anormales du placenta.

Pour Neumann, il existerait antérieurement une muqueuse utérine, dont la régénération aurait été défectueuse à la suite d'une lésion ; laquelle muqueuse disparaîtrait, sous la pression du placenta croissant. De cette manière, les villosités choriales, par une véritable hyperplasie, arriveraient jusqu'à la musculuse, et même s'implanteraient, pour y prendre leur nourriture, dans les sinus largement ouverts. La couche spongieuse détruite, toute possibilité de clivage serait détruite avec elle. Et Neumann trouve les soutiens les plus importants pour

(1) Cavillan (Arch. der tocol., mars 1892).

son opinion, dans ce fait : que dans le cas observé par lui, on avait pratiqué sur la malade, dans un accouchement prématuré antérieur, un décollement manuel du placenta. Et cette intervention avait été l'occasion de lésions si profondes non seulement du côté de la muqueuse, mais encore du côté de la musculuse, qu'il ne pût y avoir ultérieurement qu'une régénération défectueuse de la muqueuse. Le cas de Léopold Leiss est aussi en faveur de cette opinion : une extraction manuelle antérieure du placenta avait précédé également un cas d'adhérence de ce dernier.

Dans une autre observation de Nordmann (1), il s'agissait, non pas d'une délivrance artificielle mais bien d'un curettage, qui avait créé une altération de la muqueuse.

Les hypothèses d'Alexandrow sur la pathogénie des adhérences semblent plus avancées encore, d'après un parallèle, réservé du reste, qu'il établit entre la rupture d'une grossesse tubaire, et la rupture utérine qui avaient eu lieu dans son cas. Il nous dit que M^{me} la doctoresse Oulesko-Stroganoff, dans un travail récent, cite des constatations très intéressantes qui projetteraient une certaine lumière sur les causes des ruptures si fréquentes de grossesses tubaires. Elle aurait trouvé que la couche des cellules déciduales ne se développant pas dans la trompe, les villosités choriales, non seulement traverseraient la

(1) Nordmann. — (Arch. f. gyn. 1902, LXV, page 95.

couche musculieuse, mais pourraient encore prendre contact avec le péritoine. L'élasticité de la trompe serait détruite et l'œuf continuant à se développer, il arriverait un moment où la rupture du kyste se produirait. Alexandrow n'ose pas conclure à l'existence possible d'un processus identique dans l'utérus ; mais du fait qu'il s'est produit dans son cas une rupture utérine coïncidant avec une adhérence placentaire, il déclare qu'on est en droit de penser à cette possibilité.

A cela nous pouvons ajouter : « Le développement d'une caduque n'est pas indispensable dans la région d'implantation de l'œuf, pour permettre sa fixation ainsi que l'ont établi les recherches de Fulh, Kreisch, Aschoff, Both, Griffith, Kühn, Ulesko-Stroganowa » (Briquel page 52.)

Pour Hense, Fabre, Edhem et J. de B. de Teyssier, il faudrait invoquer des lésions anciennes qui mettraient la muqueuse utérine « en état d'infériorité fonctionnelle, d'*insuffisance*. Incapable de former une caduque normale, une caduque susceptible d'évoluer normalement, pour la formation de la couche spongieuse, elle formerait une caduque bâtarde, pauvre en éléments nobles, cellulaires, riches au contraire en tissu de remplissage » (Thèse de Teyssier p. 42). Outre l'endométrite, cette insuffisance pourrait être occasionnée par toutes sortes d'interventions intra-utérines, ayant détruit ou altéré la muqueuse. Ajoutons que l'étiologie du placenta prævia qui est assez fréquemment compliqué par adhérences, se confon-

draît avec l'étiologie de ces dernières. Le placenta trouvant une muqueuse insuffisante, chercherait par glissement, une zone plus propice à son insertion, et arriverait ainsi s'insérer au-dessous de l'anneau de Bandl.

Cette théorie est très belle, et nous paraît fort bien applicable aux adhérences, surtout les adhérences intimes, chez des multipares dont les antécédents génitaux répondent aux conditions nécessaires.

Si nous essayons de l'appliquer à nos observations, nous relevons en effet des causes pouvant expliquer l'insuffisance de la muqueuse. Sur 23 observations où la multiparité est indiquée nous trouvons 14 cas où l'on a affaire à des femmes qui en sont au moins à leur quatrième grossesse. Très souvent il s'agit de grossesses répétées à faible intervalle.

Onze fois on relève dans les grossesses antérieures des extractions manuelles du placenta ou des curetages.

Mais comment expliquer les adhérences chez les primipares dont l'utérus est vierge de toute lésion ? L'on ne peut invoquer ni les grossesses répétées, ni l'endométrite, ni les interventions, pour expliquer l'insuffisance ?

Alors nous voyons MM. Fabre, Edhen et B. de Teyssier conclure à une insuffisance congénitale. Nous voyons également de Teyssier réfuter complètement la vieille théorie de Guéniot cherchant à expliquer certains cas d'adhérence anormale, par la non-maturité du placenta.

Nous ferons remarquer cependant que l'insuffisance congénitale, tout en étant possible, n'est guère plus démontrée que le manque de maturité ; les deux satisfont peu l'esprit scientifique.

Quant à nous, nous croyons plutôt à un « *excès de suffisance* » de la muqueuse utérine, pour expliquer les phénomènes d'adhérence dans les utérus ne possédant aucun passé pathologique.

Expliquons-nous. Rappelons brièvement le processus de régression des cellules déciduales vers le milieu de la grossesse, et la reconstitution lente mais progressive de la couche spongieuse.

C'est le clivage qui se prépare par un long travail qui doit être achevé au moment de la délivrance ; ce sont les phénomènes de maturité entrevus par Guéniot. Et cliniquement, cela est si vrai que toute interruption de la grossesse avant son terme, crée ordinairement une difficulté au décollement placentaire, d'autant plus grande que l'interruption aura eu lieu plus loin du terme.

Mais est-il absolument nécessaire que la régression des cellules déciduales, soit suffisamment effectuée au terme de la grossesse, et la couche spongieuse complètement reformée ? A cela nous croyons pouvoir répondre : non ; tout être organique peut bien posséder une vitalité plus grande et qui lui serait spéciale.

Or voici que cette vitalité excessive, nous l'attribuons non seulement à ce fait qu'une muqueuse utérine serait vierge de toute lésion, mais encore posséderait une activité cellulaire si intense, qu'elle

pourrait reculer d'un certain temps la régression des cellules déciduales, qui facilite la reformation de la couche spongieuse.

Si nous nous reportons en effet à la statistique que nous avons donnée au chapitre de l'étude clinique, nous en tirons une déduction parfaitement en rapport avec notre hypothèse. D'après celle-ci en effet, ce sont les muqueuses utérines neuves qui auraient le plus de chance de posséder l'excès de vitalité dont nous avons parlé. Or, nous voyons dans notre statistique, que les primipares, paraissent douées d'une prédisposition toute spéciale à présenter des délivrances compliquées de rétention placentaire.

Même, laissant de côté les petites rétentions ayant cédé à l'expectation, et pour l'explication desquelles l'on pourrait invoquer les phénomènes physiologiques nous voyons que pour les rétentions prolongées au-delà d'une heure, pour celles compliquées d'hémorragie ayant nécessité l'introduction de la main, nous voyons, disons-nous, que les primipares donnent une proportion supérieure à celle des multipares.

Nous remarquons en outre dans nos observations ce fait curieux : ou bien ce sont de grandes multipares, ainsi que nous venons de le voir, ou bien alors des primipares. Nous relevons en effet, pour ces dernières, 12 cas compliqués d'adhérences.

Et c'est précisément parce que ce sont des primipares, parce que ce sont des muqueuses utérines neuves, fournissant au placenta une couche déciduale si épaisse, si solide, si pleine de vitalité, que la

maturité n'est pas encore achevée au moment du terme. Et plus cette maturité sera incomplète, plus l'adhérence sera intime.

Il n'y aura donc rien de pathologique ; et en effet combien de fois ne voit-on pas des placentas ayant présenté des adhérences assez fortes, n'offrir aucune lésion macroscopique.

Ainsi rompant l'unité de processus, établie au chapitre précédent, nous serions amené à conclure à l'existence de deux processus, complètement opposés.

Dans l'un ce serait l'absence, l'altération, ou l'insuffisance de la muqueuse utérine, qui causerait l'adhérence chez les grandes multipares, ou chez les femmes ayant subi des interventions du côté de l'utérus. Dans l'autre, ce serait au contraire l'excès de suffisance, la trop grande vitalité, des muqueuses utérines vierges de toute lésion, qui, prolongeant la maturité placentaire, fournirait une difficulté à la réalisation du clivage.

Il faudrait attribuer au premier processus les adhérences intimes.

Le second serait plus souvent l'occasion d'adhérences légères.

Ainsi cette hypothèse, que nous donnons sous toute réserve, par besoin de lumière, au milieu de l'obscurité qui nous entoure, donnerait satisfaction à cette particularité, notée par tous les auteurs : absence d'inflammation. Elle rétablirait en outre la belle conception de Guéniot : manque de maturité.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il est inutile de faire ici l'histoire de tous les traitements, qui furent imaginés autrefois, pour les adhérences anormales du placenta; nous renvoyons pour curiosité à nos observations. Durant longtemps une impression générale domine, c'est l'effroi de l'accoucheur et souvent son impuissance; ce sont aussi l'infection puerpérale, les méfaits des manœuvres brutales, ceux plus grands encore peut-être de l'ergot de seigle.

Et toute cette période confuse dure jusqu'au moment où l'indication de l'ergot dans le cas d'adhérence est à jamais proscrite par cette sanction de Pajot: « Tant que l'utérus renferme quelque chose, enfant, placenta ou caillots, ne donnez jamais d'ergot. » Puis vient Pasteur et l'ère antiseptique qui voit fuir l'infection; puis enfin M. le professeur Budin trace avec netteté et précision la conduite de l'accoucheur.

Et pourtant une crainte persiste, si compliquées et si dangereuses peuvent devenir les adhérences

anormales du placenta. Il est donc utile d'en bien connaître le traitement : il varie selon que l'adhérence est partielle ou totale, hémorragique ou non.

Adhérences partielles. — Ainsi que nous l'avons déjà formulé dans notre étude clinique, aussitôt qu'une hémorragie se produit dans une délivrance, il faut que l'accoucheur soit bien persuadé qu'il doit laisser de côté tous les petits moyens, et que seule la main doit agir, qui sera portée dans l'utérus.

Donc, après avoir pratiqué une antiseptie soigneuse de ses mains, et fait une injection vaginale antiseptique à la parturiente placée en position obstétricale, l'accoucheur d'une main tend légèrement le cordon, tandis que l'autre vaselinée, glisse doucement dans le vagin tout le long de ce cordon, jusqu'à la rencontre du col. Ici, l'hémorragie ayant décollé les membranes, M. le Pr Budin conseille de suivre la voie du sang pour arriver jusqu'au placenta.

A ce moment, la main extérieure quitte le cordon et vient à la paroi abdominale empaumer le fond de l'utérus.

Si l'hémorragie était causée par de l'inertie utérine, et même une très légère adhérence, la présence seule de la main dans la cavité utérine réveille la contractilité du muscle, et le placenta décollé vient s'offrir de lui-même pour être extrait.

Mais si le détachement ne s'est produit, les manœuvres de la main restée dans l'utérus seront différentes, selon que l'insertion placentaire existera à la paroi postérieure, antérieure ou dans le fond. Cette main

se gardera bien de tirer sur la portion décollée; elle glissera, au contraire, entre les deux surfaces placentaire et utérine à la façon d'un coupe-papier, par des mouvements de va-et-vient rendus souvent difficiles et lents, mais néanmoins possibles.

Si le placenta est à la paroi postérieure: c'est le *rebord cubital* de la main droite se déplaçant de gauche à droite, ou le même rebord de la main gauche se déplaçant en sens inverse, qui l'abordera.

Si son insertion est à la paroi antérieure, même manœuvre, mais avec les *rebords radiaux*.

Enfin, si le placenta est au fond de l'utérus, l'on agira alors avec *l'extrémité des doigts recourbés en crochet*, de manière à raser successivement la paroi postéro-supérieure, le fond, puis la paroi antéro-supérieure. Les doigts se fléchiront insensiblement dans la main, laquelle à mesure que s'effectuera ce mouvement de demi-cercle, se trouvera peu à peu en possession du placenta. Cette flexion des doigts devra être pour ainsi dire passive, soumise au progrès même de décollement que produira seule la pulpe de ces doigts poussés à petits coups par des mouvements de va-et-vient.

Du reste ces différents procédés pourront être combinés et même modifiés selon les circonstances, ou plutôt selon les points d'insertion et de décollement partiel du placenta: l'essentiel est que les adhérences soient détachées *par séparation, jamais par traction*.

Mais si ces adhérences sont intimes, alors il faut

recourir à d'autres moyens. Et M. le professeur Budin nous dit qu'en pareil cas « on doit s'efforcer d'enlever la plus grande partie possible du tissu placentaire: pour cela, on *pétrit* un à un les cotylédons entre le pouce, le médus et l'index, on *effrite*, on détache ainsi les tissus des villosités, parcelle par parcelle jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme, beaucoup plus résistante. »

Le professeur Fochier, dans son enseignement oral, avait coutume de répéter quand il traitait des délivrances artificielles à faire, qu'il fallait dans ces cas après avoir enlevé le plus gros des débris « *peigner* » pour ainsi dire, la surface utérine avec le bout des doigts légèrement recourbés » (de Teyssier, p. 49).

D'autres encore détachent les adhérences en coupant celles-ci avec les ongles des doigts. Mais ces procédés sont dangereux: mieux vaut abandonner quelques villosités adhérentes que de s'exposer à déchirer la paroi musculaire de l'utérus.

Adhérences totales. — Ici, pas de sang, pas de danger immédiat et nul besoin par conséquent d'introduire immédiatement la main dans l'utérus.

L'on se gardera encore plus de tenter la délivrance par expression utérine ou par tractions sur le cordon. Nous avons vu les inconvénients et même les méfaits de toutes ces manœuvres.

Au contraire, si nous nous reportons à la statistique que nous avons donnée dans l'étude clinique, nous voyons combien nombreux sont les cas où la

délivrance naturelle se fait après une demi-heure, une heure et même davantage d'expectation. Cette règle de conduite nous paraît sage; elle est du reste généralement admise.

Mais si la rétention se prolonge, si le col a tendance à se refermer, s'il y a menace de tétanisation utérine ou d'enchâtonnement, alors l'on n'hésitera pas à pratiquer sur le champ la délivrance artificielle.

C'est du reste en prévision de ces complications que dans la clientèle le médecin ne doit jamais abandonner une accouchée, sans avoir pratiqué la délivrance artificielle s'il est nécessaire.

Celle-ci étant résolue, le main est encore introduite jusqu'au col, mais elle n'a plus la direction du sang comme guide. Cependant si les membranes sont décollées, c'est encore entre elles et l'utérus qu'elle glissera pour arriver au placenta. Dans le cas contraire, elle pénétrera dans l'intérieur des membranes et prendra la place du fœtus expulsé; mais alors elle sera obligée de déchirer les membranes au pourtour du placenta. Puis les doigts par tâtonnement chercheront un point où l'adhérence soit peu intime sur le pourtour placentaire, et où ils puissent pratiquer une légère brèche qu'ils agrandiront ensuite selon les méthodes précédentes.

Si le pourtour résiste à son attaque, la main revient au centre près de l'insertion du cordon, dans l'intérieur des membranes. Là avec l'extrémité unguéale du pouce et de l'index, cette fois en tenaillant, elle

déchire l'amnios ; puis écartant les tissus du chorion, son index y pratique une brèche qu'il agrandit, où pénétrant peu à peu tous les doigts qui commencent alors à détacher le placenta de l'utérus par des mouvements circulaires, et non par tractions.

Tout le reste de l'opération s'achève par décollement ou pétrissage, selon le besoin.

Puis à titre prophylactique de l'infection, l'on fait une injection intra-utérine antiseptique. Nous avons toujours vu employer, avec grand succès, la solution iodo-iodurée de M. Tarnier.

L'hémorragie relèvera des injections de sérum artificiel, potion de Todd en grande quantité, etc.

Le traitement des suites de couches compliquées par infection puerpérale, rétentions cotylédonaires, ou formation de polypes placentaires, se résume en quelques mots : injections intra-utérines antiseptiques, abcès de fixation, curage digital et pour quelques-uns curettage instrumental, écouvillonnages, etc. précédés ou non de la dilatation du col par les différents moyens.

Pour terminer, il nous paraît bon de parler du cas où l'extraction manuelle du placenta sera compliquée par la fermeture du col et l'enchatonnement du placenta. Il faudra alors administrer du chloroforme après une injection sous-cutanée de morphine et pratiquer la dilatation du col par la méthode bimanuelle de M. le professeur agrégé Bonnaire, ou à l'aide d'un ballon dilatateur.

Le professeur Kaleinwachter nous dit qu'il toujours

obtenu d'excellents résultats avec le tamponnement vaginal.

Mais si ces différents moyens échouent et si l'on est obligé d'abandonner dans l'utérus dont le col est fermé, le placenta entier, enchatonné et menaçant de se putrifier, alors la conduite de l'accoucheur devient extrêmement délicate.

En 1891, pareille question fut soumise par Clopatovsky de Bogota, à une séance de la Société d'obstétrique de Paris. On rapporta le cas de l'issue malheureuse d'une symphyse placentaire, compliquée de tétanisation ergotique de l'utérus. La tentative d'extraction avait été faite seize heures après l'expulsion fœtale. La femme succomba d'infection puerpérale aiguë.

Pajot estime qu'en pareille circonstance, on est absous de pratiquer, coûte que coûte, l'hystérectomie. Le Dr Bonnaire cite une observation heureuse de Schultze, justifiant cette ressource extrême.

Plus récemment encore, nous voyons que Baldy (1) pour le même cas opéra avec succès.

Mais après l'infection, l'hystérectomie paraît bien hasardeuse.

En tout cas, s'il s'agit d'une rétention placentaire sans infection, M. le professeur Budin nous dit : « patience et antisepsie. »

(1) Baldy. — (Americ. J. of obst. 1896, XXXIII, p. 675.)

SÉRIE D'OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE MORDRET.

OBSERVATION X

(Obs. IV de Mordret)

Primipare de 28 ans ayant présenté des accidents de pléthore durant la grossesse.

Le placenta adhérent partiellement ne put être extrait, et l'on dut abandonner les $\frac{3}{4}$ restant dans l'utérus.

Cette femme redevint enceinte une deuxième fois et fut heureusement délivrée.

Mais dans un 3^e accouchement, elle présenta une nouvelle adhérence du placenta, laquelle amena la mort.

OBSERVATION XI

(Obs. V de Mordret)

Une femme âgée de 36 ans a un accouchement heureux et très prompt. Mais la délivrance est compliquée par une adhérence totale très intime. Le placenta ne put être extrait, ni par tractions sur le cordon, qui fut déchiré à son insertion, ni par une tentative de décollement manuel.

Administration répétée d'ergot de seigle.

Dans les suites de couches l'on « *sentait toujours la tumeur formée par le placenta, et ce ne fut que le 28^e jour qu'elle avait disparu.* »

OBSERVATION XII

(Obs. VI de Mordret)

IV pare, âgée de 30 ans. *Les couches précédentes ont été laborieuses et les enfants venus morts.*

Dans le dernier accouchement la délivrance est compliquée

par adhérence du placenta. Des tractions violentes amènent la rupture du cordon. Une grave hémorragie se produit. Del-pierre appelé trouve la femme presque mourante, et le placenta enchâtonné, dont il n'arrive à décoller qu'un morceau gros comme un œuf.

Administration d'ergot ; massage ; injections émollientes ; guérison.

« *Il ne sortit aucune portion du placenta.* »

OBSERVATION XIII

(Obs. IX de Mordret)

Il s'agit d'une **primipare**, chez laquelle la délivrance ne s'étant pas faite, le chirurgien qui l'assistait tira sur le cordon avec une violence telle qu'il le rompit ; sans se décourager, il continue à tirer sur le délivre jusqu'à cédation : « *après quoi la malade mourut aussitôt* ».

OBSERVATION XIV

(Observ. XI de Mordret)

IV **pare**, âgée de 34 ans dont les trois premières grossesses furent heureuses. Mais le quatrième accouchement fut compliqué par adhérence partielle du placenta. La femme mourut d'hémorragie. A l'autopsie, on trouva que *l'utérus très épais* présentait des déchirures et « avait contracté des adhérences avec plusieurs organes du ventre. »

OBSERVATION XV

(Obs. XII de Mordret)

III **pare**. — Dans un premier accouchement laborieux, le placenta était **adhérent** par trois cotylédons indurés,

élastiques, d'un blanc jaunâtre ; dans un 2^e accouchement, il était **encore adhérent** par une surface de 8 cm. à 10 cm. carrés, où la surface placentaire était dure, friable et d'un blanc jaunâtre.

Enfin dans le 3^e accouchement, le placenta décollé partiellement était **adhérent sur le col**.

OBSERVATION XVI

(Observ. XIII de Mordret)

Une femme qui présente deux fois des adhérences placentaires.

OBSERVATION XVII

(Observation XIV de Mordret)

III pare dont le premier accouchement eut une délivrance dystocique par adhérence du placenta ; un deuxième normal ; dans un 3^e, le placenta encore adhérent et abandonné à la nature, fut expulsé le lendemain.

OBSERVATION XVIII

(Observation XVIII de Mordret)

Godefroy appelé auprès d'une femme de 39 ans, affaiblie par **12 grossesses**, la trouve pâle, froide, avec des éblouissements et des syncopes. Elle perd du sang depuis longtemps, à la suite d'un accouchement. Il pense à une délivrance incomplète et extrait « une masse du volume d'un œuf, formée par deux ou trois cotylédons indurés, sans odeur, et dont les portions où le placenta avait conservé son tissu normal, étaient d'un beau rose. »

OBSERVATION XIX

(Obs. XIX de Mordret)

VI **pare**, chez laquelle, à la suite d'un accouchement gémellaire, un morceau de placenta resté adhérent fut retenu pendant 22 jours, causant à la malade des pertes de sang extrêmement abondantes.

Godefroy fit l'extraction d'une portion placentaire de substance blanche, friable, traversée de lamelles fibreuses, sans odeur désagréable.

OBSERVATION XX

(Obs. XXII de Mordret)

Multipare, chez laquelle le placenta ne pouvant être extrait, on se borne à l'**expectation**.

Le 5^{me} jour, les adhérences cédèrent aux tractions qu'on avait renouvelées chaque jour. « La surface du placenta était convertie en une substance dure, élastique, d'un blanc jaunâtre, parsemée çà et là de petites concrétions. »

OBSERVATION XXI

(Résumée de Foucart, *Gaz. des Hôpit.*, 1859, p. 299)

Foucart commence par déclarer qu'en l'espace de trois mois il a vu deux cas tels qu'il n'avait eu l'occasion d'en voir pendant 17 ans de pratique médicale : adhérence du placenta avec contraction de l'utérus en gourde.

Le 19 mai, il était appelé par une sage femme pour venir auprès d'une accouchée non-délivrée. Le cordon avait été rompu par de violentes tractions ; une forte hémorragie se produisait.

En introduisant la main, Foucart trouve le tiers supérieur du placenta étroitement enchâtonné. Par des mouvements circulaires de dilatation, il arrive à introduire la main par l'orifice du châton ; mais il essaie en vain de détacher la portion placentaire enchâtonnée : elle est retenue, sur une étendue de de 10 cm., par des adhérences très fortes. Celles-ci doivent être détachées une à une et la délivrance est enfin achevée.

Légère fièvre puerpérale consécutive, combattue par l'administration de sulfate de quinine. Guérison.

OBSERVATION XXII

(Résumée de Delhayé, *Journ. de Méd., Chir., Phar.*

Bruxelles, 1859, p. 215-229)

M. D..., **primipare**, 30 ans, en travail.

Depuis les derniers mois de sa grossesse, elle éprouve une douleur correspondant au point d'insertion du placenta ; — pendant les mouvements de l'enfant.

Le travail est lent ; malgré l'administration d'ergot, il faut faire l'extraction avec le forceps d'une petite fille « délicate, frappée de mort apparente, dont le cou était entouré du funicule, qui donnait encore de faibles battements. »

Mais le placenta ne peut être détaché par les méthodes ordinaires. Il faut introduire la main qui effectue le décollement du placenta, qui adhérait par une partie de sa circonférence, et dont le reste flottait librement dans la cavité utérine.

Légère fièvre puerpérale ; guérison.

OBSERVATION XXIII

(Résumée de Delhayé, *loc. cit.*)

Delhayé raconte qu'il avait été appelé pendant une nuit auprès d'une **primipare** pour adhérence placentaire. Un de

ses parents, jeune médecin, se trouvant sous son toit, arriva le premier auprès de la malade et commença la délivrance artificielle « Holà ! vaillant jeune homme, s'écrie Delhayé à son arrivée, ôtez-vous que je m'y mette ! » et il ajoute qu'il se borna à de légères frictions sur l'abdomen, malgré les protestations du jeune confrère invoquant l'autorité des grands maîtres, qui conseillaient d'enlever le délivre jusqu'aux derniers vestiges.

Syncope de la malade, froid glacial, pouls rapide et petit.
« *douleurs déchirantes d'entrailles* ».

Administration d'une potion à l'ergotine : le pouls se relève.

Les suites de couches sont compliquées par infection puerpérale, dont la malade triomphe.

Aucune parcelle du placenta ne fut rendue par le vagin et Delhayé se demande : « S'est-il identifié avec l'utérus à la manière des fausses membranes dans les cavités closes, a-t-il été absorbé ?... »

OBSERVATION XXIV

(Résumée de Delhayé, *loc. cit.*)

La femme C..., robuste, 35 ans, **primipare** accoucha spontanément. La sage-femme, pour en finir avec le placenta resté adhérent, tira brutalement sur le cordon et amena ainsi une inversion utérine. Puis, sans désespérer, elle « *arracha sans pitié les secondines qui adhéraient fortement. La malade jeta un grand cri et resta tuée sur place par déchirure de la matrice.* »

OBSERVATION XXV

(Résumée de Delhayé, *loc. cit.*)

Il s'agit d'une **multipare** qui avait accouché naturellement, mais chez laquelle il avait fallu pratiquer la délivrance artifi-

cielle. La malade, du reste, avait présenté les **mêmes difficultés de délivrance dans ses accouchements antérieurs.**

Appelé par le médecin traitant, Delhayé constate « un développement anormal de la matrice, douloureuse à la pression ; le col utérin est largement ouvert et l'on constate au toucher des lambeaux flottant dans la cavité utérine, très sensibles lorsqu'on les tire à soi, et qui sont des lanières constituées par les tissus utérins. »

Fièvre puerpérale. Mort.

OBSERVATION XXVI

(Résumée de Delord. J. de Méd. et chir. prat., Paris 1863, pages 117-119.)

Delord avait été appelé une première fois pour une femme qui entrait dans le 9^me mois de sa grossesse. Elle accusait des douleurs localisées, surtout du côté droit, au fond de l'utérus. Il avait conclu à une phlegmasie.

L'accouchement se fit plus tard à terme ; mais la délivrance ne s'effectuant pas, Delord administre un verre de forte décoction d'ergot de seigle. Une hémorragie se fait à l'intérieur.

Le cordon friable se rompt sous les tractions répétées. L'introduction de la main dans l'utérus donne issue à un flot de sang. Il y a menace de syncope : compression de l'aorte abdominale.

La main décolle une certaine quantité des adhérences ; mais il faut abandonner dans l'utérus un gros morceau de placenta.

Le lendemain, le pouls est fréquent, le ventre douloureux.

Les jours suivants, écoulement des matières fétides à la vulve ; frissons, accablement extrême ; expulsions successives de fragments placentaires.

Injections intra-utérines ; bouillon, sulfate de quinine, vin de quinquina. Guérison.

OBSERVATION XXVII

(Résumée de Reyssié. J. de méd. et chir. prat. Paris, 1865
p. 161-63).

III **pare**, âgée de 30 ans, accouche, le 20 février, d'un enfant à terme. Une demi-heure après, Reyssié est appelé pour adhérence placentaire. Tentatives infructueuses de décollement par expression et introduction de la main dans l'utérus. Le sang coule à flots, malgré la compression de l'aorte abdominale.

Alors Reyssié après évidemment du vagin des caillots qu'il contenait, se décide à pratiquer une injection intra-utérine d'une solution à 1/500 de perchlorure de fer.

La perte s'arrête aussitôt ; la malade reprend ses sens, mais le placenta ne se décolle pas. Tout à coup la malade accuse un violent mal de reins et s'éteint dans une « convulsion ultime ».

Reyssié ajoute, que sur l'instance de la sage-femme qui le suppliait d'extraire le placenta pour « éviter le bavardage des commères », et n'ayant plus de ménagements à garder, il essaya par cinq fois d'arracher le placenta, mais ne réussit qu'à en enlever quelques débris.

Il se demande ensuite si la mort ne devrait pas être attribuée à l'injection de perchlorure de fer.

OBSERVATION XXVIII

(Résumée de Gressy. J. de méd. et chirur. prat. Paris 1865
p. 211)

Appelé pour une femme de 32 ans, **primipare**, en travail depuis 12 heures, Gressy administre de l'ergot de seigle : expulsion d'un enfant mort-né en voie de putréfaction.

Après une demi-heure, la délivrance est impossible même par tractions sur le cordon ; pas d'hémorragie. La main introduite dans la matrice constate une adhérence totale.

Malgré ces signes favorables, Gressy entreprend le décollement, qu'il avoue du reste faire sans méthode, tant les adhérences sont solides. Mais pendant cette intervention, une violente hémorragie se produit et devient si abondante, que Gressy effrayé abandonne dans l'utérus la moitié du placenta restée adhérente.

Administration d'ergot, frictions de l'utérus, compression de l'aorte : l'hémorragie cesse.

Gressy laisse les choses en cet état ; pas d'accidents consécutifs ; suites de couches normales ; « *il ne sortit de l'utérus aucun fragment de placenta* ».

Et tirant des conclusions de ce fait, Gressy en vient à se demander, s'il ne serait pas rationnel d'abandonner toujours dans l'utérus le placenta totalement adhérent « dont la nutrition est assurée grâce à son union fibro-vasculaire néoplasgique et qui subit une transformation régressive, fibro-adipeuse jusqu'à résorption complète ».

OBSERVATION XXIX

(Résumée de Kobryner. Bull. génér. de thérapeut., 1878)

Kobryner rapporte un cas où ayant à choisir entre les différents modes de traitement des adhérences placentaires (délivrance artificielle, expectation, tamponnement vaginal, injections d'eau froide dans la veine ombilicale) il pratique avec succès la délivrance artificielle.

Il s'agissait d'une **primipare** de 21 ans. Durant l'accouchement, la contraction spasmodique du col, avait nécessité des applications d'extrait de belladone.

Ensuite, la tête fœtale ayant été retenue à la vulve, il fallut administrer 1 gramme d'ergot de seigle, pour faire achever l'expulsion fœtale.

Une demi-heure après, la délivrance n'est pas effectuée malgré des tractions sur le cordon, et des contractions utérines énergiques.

Une abondante hémorragie se produit; le pouls est rapide, les extrémités froides.

Kobryner introduit la main dans l'utérus; saisit la portion libre du placenta et arrive à rompre les adhérences qui existaient sur une petite étendue de la circonférence placentaire.

L'hémorragie s'arrête.

La malade guérit.

OBSERVATION XXX

(Résumée de Beugnies-Corbeau, 1893. Bull. et Mem. Soc. Obst. et Gynec., p. 73)

Le 21 septembre 1893, Beugnies-Corbeau est appelé auprès d'une femme de 30 ans, **II** **pare**, robuste, ayant accouché à 1 heure le soir d'un gros garçon.

Placenta adhérent.

La délivrance n'étant pas faite, à 5 heures la sage-femme fait des tentatives violentes de décollement par tractions sur le cordon qu'elle déchire.

A six heures, Beugnies-Corbeau après un grand lavage des organes génitaux, trouve que le placenta est adhérent par sa portion supérieure alors que la portion inférieure décollée vient pendre, dans l'orifice du col comme une languette.

Après des tentatives infructueuses de décollement, il place sur la portion libre une solide ligature avec une ganse à l'extrémité de laquelle, il exerce une traction de 1 kilogr. Pas d'hémorragie.

Injections vaginales à l'eau bouillie toutes les 2 heures.

Le 22 matin. — Pas de fièvre, ni d'hémorragie.

Le 23. — Temp. 39°7, pouls à 150°. La portion du placenta sur laquelle était fixée la ganse s'est putréfiée et détachée. Diarrhée, début de septicémie.

Après chloroformisation, Beugnies-Corbeau commence un morcellement prudent du placenta, qui est extrêmement adhérent.

La paroi utérine est mince au niveau de l'insertion placentaire, alors qu'elle présente, par places, des renflements. « Le placenta est inséré sur une zone de métrite atrophiante, dont l'origine remonte au premier accouchement, c'est-à-dire 13 mois plus tôt ».

Curettage prudent ; irrigation intra-utérine à l'eau crésylée tiède. 2 cuillères à soupe pour un seau d'eau bouillie).

Le 24. — Temp. 37°6, pouls 108.

Le 25. — Temp. 37°8, pouls 102.

La sonde étant obstruée, on remplace l'irrigation continue par des lavages toutes les deux heures.

Le 27. — Temp. 37°, pouls 96.

Montée du lait : purgatifs à l'huile de ricin. Toniques.

Le 15 octobre. — La malade est rétablie.

Beugnies-Corbeau termine en faisant remarquer que le premier accouchement s'était fait par le siège. La **délivrance artificielle** avait été pratiquée sans aucune indication et avait causé la métrite.

Dans le cas présent, le décollement placentaire n'a pas suivi les tractions continues exercées sur la portion libre du placenta.

Mais c'est le seul cas où sa méthode a échoué ; il peut citer 12 succès. Cette méthode, dit-il, a pour avantages : un réveil énergique de la contractilité utérine, la cessation de l'hémorragie, le détachement régulier et insensible des adhérences placentaires ; enfin le col est maintenu béant.

OBSERVATION XXXI

(résumée de Gilis. Gaz. hebd. de med. et chirurg. 1884, p. 259)

Appelé pour délivrer une femme de 35 ans, **V pare**, Gilis trouve l'utérus en tétanisation avec le col fermé. Efforts inu-

tiles pour pénétrer dans l'orifice cervical. En tirant sur le cordon, l'utérus se déplace un peu, mais le placenta n'a pas tendance à se décoller.

Injection intra-utérine d'une solution à 1/2000 de sublimé avec la sonde de Budin. Tamponnement vaginal.

Quelque temps après, dans la même journée, le col est encore fermé, mais il est dilatable ; la main peut pénétrer et constater une adhérence totale du placenta à la paroi antérieure.

Comme le placenta est en outre inséré bas, et que sa portion inférieure se trouve près du col, Gilis commence le décollement de cette portion inférieure, en allant de bas en haut et d'avant en arrière.

En certains points les adhérences sont telles qu'il doit se servir de ses ongles pour les détruire.

Durant le décollement une hémorragie se produit, qui cesse par une injection et l'administration d'ergot.

OBSERVATION XXXII

(traduite de Josephson, Med. Rec N. Y. 1903. XIII 898)

Le 27 octobre 1902, je fus appelé pour voir Mme L..., à Pole, âgée d'environ 35 ans, **multipare**. Elle avait eu déjà deux fausses couches *compliquées par rétention de l'arrière-faix*, pour lesquelles elle avait refusé toute intervention, et dont elle s'était rétablie.

J'apprenais de la bonne grand-mère que l'enfant était né une heure et demie environ avant mon arrivée, mais que la délivrance n'était pas encore effectuée.

Dans un seau à ordures, placé dans la chambre, je trouvais le cordon ombilical que la grand-mère avait arraché, et quelques caillots de sang qu'elle avait pris pour des morceaux de placenta.

L'accouchée était gravement choquée. Une tentative de

délivrance par la méthode de Crédé échoua, et avec deux doigts introduits par le col de l'utérus, je trouvai le placenta fortement adhérent par des bandes d'une épaisseur de $\frac{3}{4}$ de centimètre.

Un essai d'extraction manuelle fut repoussé à la fois par la parturiente et ses amis, disant qu'elle était trop faible, et préférerait se livrer n'importe comment au hasard. La parturiente appartenait à une vieille souche de chrétiens, particulièrement résignés à la mort, etc....

Je me contentai donc de relever la malade par des injections de sérum artificiel et de strychnine, et lorsqu'elle fut un peu ranimée, je la confiai au hasard.

À mon retour dans la soirée, je trouvai le prêtre à son chevet ; après le départ du prêtre j'insistai de nouveau pour qu'on me laissât faire une intervention : ce fut en vain.

Quelques jours après, je fus appelé de nouveau à la voir pour une grande faiblesse. Elle avait eu de grandes pertes de sang ; la température et le pouls très élevés ; le ventre tendu et douloureux.

Les pertes étaient souillées et fétides à tel point que l'odeur vous « empoignait » dès l'entrée de la chambre.

Je demandai à introduire la main et une curette dans la matrice. À quoi la malade me répondit : Donnez-moi quelque chose pour le mal de tête, quelque chose pour la fièvre », et je pus seulement introduire deux doigts, qui ramenaient un débris placentaire et une certaine quantité de caillots en décomposition. J'achevai par une injection intra-utérine d'une solution de bichlorure.

J'abandonnai la malade, la croyant vouée à une mort certaine, et restai deux semaines sans la revoir.

Quelle ne fut pas ma surprise d'entendre dire par ses amis qu'elle allait mieux. Curieux de connaître son état, j'allai la voir. J'appris qu'elle n'avait eu aucun autre secours depuis ma dernière visite. C'était la même fétidité autour d'elle, mais la température et le pouls avaient baissé ; le ventre

était plus souple et moins douloureux. Elle paraissait très faible, pâlie et émaciée, comme une malade qui a subi une grande infection.

Elle m'apprit que le placenta était parti en morceaux, et mes doigts retiraient un débris de placenta très fétide et en putréfaction.

Les culs-de-sac très tendus témoignaient de l'inflammation péri-utérine.

Trois semaines après la malade quittait le lit, apparemment guérie.

OBSERVATION XXXIII.

(Oui et Gellé, *Echo médical du Nord* 1901, T. VI, p. 569)

D... Marie, 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 24 Juillet au soir. Des renseignements difficilement recueillis de la part de cette femme dont l'intelligence est fort obnubilée, il résulte qu'elle a accouché spontanément chez elle, le 16 Juillet au soir, assistée par une sage-femme. L'accoucheuse rompit le cordon en voulant pratiquer la délivrance et attendit alors le lendemain matin pour pratiquer la délivrance artificielle. Elle dut introduire plusieurs fois la main dans l'utérus et retira le placenta par morceaux.

Trois jours après, le 19 Juillet au soir, la malade fut prise d'un long frisson, les lochies devinrent fétides; la température s'éleva et le 24 Juillet, son état devint tellement alarmant qu'elle fut envoyée d'urgence à l'hôpital. — Température axillaire 40°.

A la visite du matin le lendemain 25 Juillet l'état de la malade était le suivant. Ventre ballonné très douloureux au niveau de l'utérus et des flancs; écoulement de lochies, couleur jus de pruneaux, horriblement fétides. Facies grippé, langue sale et rôtie, lèvres fuligineuses; selles diarrhéiques

très fréquentes et d'une extrême fétidité. Prostration profonde température 40°2 ; pouls 150.

L'examen des urines recueillies à la sonde après désinfection soignée de la vulve ne donne pas trace d'albumin. M. Oui décide de faire immédiatement l'exploration manuelle de l'utérus.

La malade est soumise à l'anesthésie chloroformique et après toilette vulvo-vaginale très soignée, la main entière est introduite dans le vagin, l'autre main appuyant sur la paroi abdominale et abaissant le fond de l'utérus. Deux doigts introduits dans la cavité utérine l'explorent complètement et atteignent tout près du fond de l'organe, adhérente à sa paroi postérieure une masse grosse presque comme le poing, de consistance molle et qui est évidemment une portion du placenta. Ce fragment placentaire est décollé et extrait. Il est en pleine putréfaction.

L'utérus est alors cureté soigneusement, les faces avec la grande cuiller, les cornes avec la petite cuiller de Pinard et Wallich. Le curetage ramène de longs lambeaux de muqueuse très épaisse et grisâtre. L'intervention se doit être menée avec une extrême prudence, à cause de la mollesse très grande du tissu utérin. Une légère hémorragie se produit rapidement arrêtée par une injection intra utérine de six litres d'eau bouillie à 45°. Deux grandes lanières de gaze iodoformée sont introduites dans l'utérus pour le drainer. Le vagin est ensuite tamponné très légèrement avec de la gaze iodoformée.

Le pouls de la malade étant très petit presque filiforme, on lui fait immédiatement une injection de 600 gr. de serum artificiel contenant 20 centigr. de caféine. Régime lacté.

Le soir la température axillaire est tombée à 39°2. Le pouls est à 140.

Le lendemain, 26 juillet, 38°8 le matin, 39°4 le soir, 135 pulsations à la minute.

La gaze iodoformée est enlevée. Dans la journée, trois injections de sublimé à 1/4000.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 37°5. Elle remonte le 30 à 38°. Cette élévation de température cesse d'ailleurs après une selle copieuse due à l'administration d'un lavement.

Le 31, la malade est remise au régime ordinaire.

Comme elle se plaint de douleurs dans la cuisse droite et bien qu'il n'y ait pas d'œdème, ni de cordon veineux perceptible, il paraît prudent d'immobiliser le membre dans une gouttière.

La température remonte d'ailleurs un peu les jours suivants, et nous aurions vivement désiré garder cette malade quelque temps encore à l'hôpital; mais elle ne voulut écouter aucun conseil et sortit le 4 août, malgré nos instances.

L'un de nous a eu l'occasion de la revoir un mois environ après sa sortie. Elle avait eu, après son retour chez elle, une abondante éruption de furoncles siégeant surtout aux membres supérieurs et aux aisselles.

Au point de vue génital, elle se plaignait de douleurs et d'une abondante leucorrhée. Utérus en rétroflexion, gros et douloureux.

Si nous rapportons cette observation, c'est qu'on se trouve assez rarement en présence de rétentions placentaires partielles aussi considérables après l'accouchement à terme. C'est généralement à la rétention totale qu'on a affaire, ou à la rétention de très petits débris. Le fait qu'on avait dû avoir recours dans le cas présent à la délivrance artificielle, qui commande une exploration complète de l'utérus, permettait de croire que la cavité utérine avait été bien et complètement vidée.

Une circonstance cependant commandait le doute, c'est que le placenta avait été retiré par morceaux, et cela seul suffisait pour juger que l'opération avait été faite par une main inhabile.

C'est pourquoi il fut procédé d'abord à l'exploration manuelle, naturellement suivie de l'extraction du placenta retenu.

On aurait pu s'en tenir à cette intervention. C'est même la conduite que préconisent ordinairement les partisans du curage digital dont la plupart se contentent, comme M. Budin, de pratiquer, après le curage, l'écouvillonnage de la cavité utérine.

Nous pensons que, dans notre cas, le curettage a été un complément fort utile au curage manuel. La muqueuse utérine était certainement infectée profondément, ainsi que l'ont prouvé la teinte grisâtre et l'épaisseur considérable des lambeaux de muqueuse ramenés par la curette. La simple extraction du placenta retenu n'aurait certainement pas suffi à maîtriser une infection aussi profonde et d'allure aussi grave.

La curette seule n'aurait probablement point suffi à vider l'utérus. Ce qui était nécessaire, c'était l'emploi combiné de ces deux moyens, le doigt enlevant mieux que la curette les débris importants contenus dans la cavité utérine, la curette pouvant seule abraser et supprimer la muqueuse infectée.

Si on a recours par le curettage aux larges curettes de Pinard et Wallich, incapables à moins d'être maniées avec brutalité, de produire des dégâts dans un utérus même très ramolli, la combinaison du curage digital et du curettage instrumental nous paraît devoir agir contre des septicémies graves liées à une rétention, plus efficacement que chacune de ces méthodes employées isolément. Elle rétrécirait probablement quelque peu le champ d'action de quelques hystérectomistes convaincus.

OBSERVATION XXXIV

(inédite)

(Service de M. Bonnaire, année 1903, N° 3 du registre)

C. J..., 26 ans, ménagère, **primipare**. Promontoire accessible.

Entrée à la salle de travail le 1^{er} janvier à 3 h. 1/4 le soir.

Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

OIGA. — Engagement effectué. Membranes rompues depuis le matin 7 h. 30. La dilatation est complète à l'entrée dans la salle de travail et l'expulsion fœtale a lieu dix minutes après.

Inertie utérine avec hémorragie. *Placenta adhérent.*

A 4 heures, on fait la délivrance artificielle.

Utérus très mou : injection sous-cutanée d'ergotine.

Injection intra-utérine iodée.

Température 37°8. Pouls 104.

Placenta : 570 gr. complet, mais très déchiqueté.

Membranes : entières, mais déchirées.

Cordon : insertion excentrique, longueur 60 cm., volume moyen.

Suites de couches. — Tous les jours, injection vaginale matin et soir.

4 janvier. — Température 39° à midi. Curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Le soir, température 39°. Administration de soixante-quinze centigrammes de sulfate de quinine en trois fois.

5 janvier. — Température le matin 37°2. Injection utérine iodée, grand lavement, selles abondantes, noirâtres. Léger météorisme : glace sur le ventre.

Le soir, température 37°4.

6 janvier. — Température, matin 38°3. Purgation avec de l'eau de Sedlitz. Injection utérine iodée.

Escharres vulvaires, qui sont touchées à l'eau oxygénée. L'auscultation fait entendre quelques gros râles : ventouses sèches, soixante-quinze centigr. de pyramidon. Sirop de codéine.

Le soir 37°2 : Injection vaginale et utérine à l'eau oxygénée. Glace sur le ventre.

7 janvier. — Température matin 37°2, soir 38. Injection

vaginale et utérine à l'eau oxygénée. Quinine et pyramidon, Ventouses sèches, glace sur le ventre.

8 janvier. — Température matin 37°. Les escarres vulvaires sont en voie de cicatrisation.

Ventouses sèches. Injection vaginale et utérine à l'eau oxygénée. Ventre moins douloureux.

Passe à la salle d'isolement, pour ophtalmie de l'œil gauche de l'enfant.

Le soir, température 37° 4. Injection vaginale et utérine à l'eau oxygénée.

9 janvier. — Température matin 37° 5. Injection vaginale et utérine iodée. Ventouses sèches. Calomel 1 gr.. Pansement glacé sur le ventre.

Le soir, température 37° 7. Injection vaginale et utérine oxygénée. Utérus petit, non douloureux.

10 janvier et jours suivants. — Température normale. Injection vaginale et utérine oxygénée. Guérison.

OBSERVATION XXXV

(inédite)

Service de M. le D^r Bonnaire (année 1903, N° 219 du registre).

L. J..., 34 ans, ménagère, **III** pare.

Entre à la salle de travail le 20 février à 8 h. 30' matin.

Pas d'antécédents héréditaires, ni pathologiques, excepté la rougeole à l'âge de six ans.

A marché à 17 mois; réglée à 16 ans.

Grossesses antérieures: — 1^{re} grossesse en 1899: accouchement spontané à terme. Enfant vivant, nourri au sein, bien portant.

2^{me} grossesse en 1901: accouchement spontané à terme, enfant vivant, nourri au sein. Mort à 5 mois d'érysipèle.

Grossesse actuelle à terme, troublée par des vomissements, nuage d'albumine.

Varices des membres inférieurs.

O.I.G.A. — Engagement effectué.

Entrée en travail le 19 février à 10 heures le soir.

Rupture intempestive des membranes le 20 février à 8 h. 35 le matin.

La dilatation est complète et l'expulsion fœtale a lieu à 9h.20'.

Une heure après l'accouchement, la malade commence à perdre du sang. *Le placenta est adhérent*: M. le Dr Bonnaire pratique la délivrance artificielle.

Injection utérine iodée.

Placenta: 460 gr., forme circulaire.

Membranes déchirées.

Cordon: insertion excentrique.

Suites de couches. — Passe à la salle d'isolement le 24 février à 3 heures du soir. Température 37°6. Légère odeur.

25 *Février*. — Temp. mat. 37°6. Calomel 1 gr. Injection vaginale et utérine à la liqueur de Labarraque.

Temp. soir 38, — Quinine 50 centigr. en deux fois.

Injection utérine oxygénée.

26 *Février*. — Température matin 37°2. Injection utérine iodée.

Soir 38°3. Injection utérine oxygénée. Quinine 50 centigr.

27 *Février*. — Température matin 37°5. Injection utérine iodée.

Quinine: 75 centigr. en trois fois. Ecouvillonnage à la créosote.

Température soir 39°. Injection utérine iodée.

28 *Février*. — Température matin 38°4. Injection utérine iodée. Quinine 25 centigr.

Température le soir 37°6. Injection utérine oxygénée. Quinine 50 centigr.

1^{er} *Mars*. — Température matin 37°3. Soir 37°6. Injection utérine oxygénée.

Sort le 7 mars en bon état.

OBSERVATION XXXVI

(personnelle)

(Service de M. le Dr Bonnaire). (N° 398 du registre,
année 1903).

L. A..., journalière, **IV** pare.

Entrée le 26 mars, à 9 heures, à la salle de travail.

Antécédents héréditaires : Père mort à 44 ans tuberculose pulmonaire.

Antécédents physiologiques : Elle a marché à 18 mois; réglée à 15 ans.

Grossesses antérieures. 1898. Grossesse gémellaire. Accouchement spontané à terme par un sommet et un siège. Enfants élevés au biberon et morts à 6 semaines.

1900. — Accouchement spontané à terme : enfant mort-né.

Ces enfants sont issus d'un premier mari qui aurait présenté des signes spécifiques : maux de gorge, éruptions cutanées, chute de cheveux et de dents.

1901. — Accouchement spontané à terme d'un enfant bien portant, issu d'un deuxième mari, et élevé au sein.

La parturiente se rappelle très bien que tous ces accouchements ont été compliqués par hémorragie de la délivrance ayant nécessité l'**extraction manuelle du placenta**, et qu'on lui a fait des **curettages**.

Grossesse actuelle. — Sommet en gauche, engagement effectué.

Le travail a commencé le matin à 6 heures ; à son entrée, la dilatation du col est de 1 franc.

Rupture prématurée des membranes le 25 mars, à 7 heures matin.

A 10 h. 30, la dilatation du col est complète et l'expulsion fœtale bientôt après.

Aussitôt une hémorragie assez violente se produit : l'utérus

est mou et inerte. Une injection chaude reste sans résultats. Mais M. le Dr Bonnaire pratique immédiatement la délivrance artificielle et l'hémorragie s'arrête brusquement à 11 heures.

M. le Dr Bonnaire avait trouvé une adhérence partielle légère du placenta, qui était un placenta prævia marginal, non hémorragique au cours de la grossesse.

Placenta : 570 gr. ; forme circulaire, sans altérations.

Membranes entières : 0/25.

Cordon : insertion excentrique.

Suite de couches : normales,

OBSERVATION XXXVII

(inédite)

(Service de M. le Dr Bonnaire

N° 411 du registre année 1903

W. A..., d'origine russe, professeur, **41 ans**, **Primipare**.
Promotoire accessible.

Entre à la salle de travail le 29 mars, 1 h. le matin.

Pas d'antécédents héréditaires, ni pathologiques, excepté la rougeole à 17 ans.

Réglée à 16 ans.

Grossesse à terme, n'ayant présenté aucune complication.
Sommet en gauche, engagement effectué.

La dilatation du col est complète à l'entrée, et la rupture intempestive des membranes a lieu à 2 heures le matin.

À 5 heures, la tête n'ayant pas progressé depuis l'arrivée malgré les contractions utérines qui étaient fortes, l'interne M. Bosc fait une application de forceps dans l'excavation pour résistance des parties molles.

Une heure après, le placenta est encore adhérent. La femme a une hémorragie assez abondante, et il faut recourir à la délivrance artificielle. On trouve un *enchâtonnement* d'une por-

tion du placenta avec *adhérence*. L'hémorragie cesse aussitôt.

Injection intra-utérine iodée.

Placenta 500 gr., circulaire.

Membranes entières 8/35.

Cordon : insertion excentrique.

Suites de couches. — 29 mars. Temp. mat. 37°,7.

Injection utérine iodée ; quinine 25 centigr.

30 mars. — Soir 37°,5. Injection utérine iodée.

31 mars. — Températ. matin 37°,2. Utérus mou, col entr'ouvert ; expulsion spontanée de caillots. Injection vaginale et utérine iodée.

Soir 38°,2. Quinine 50 centigr. Injection utérine oxygénée.

1 avril. — Températ. matin 37°,1. Injection utérine iodée.

Purgation à l'huile de ricin : 30 gr.

Soir : garde-robes abondantes. Temp. 37°,5.

Injection intra-utérine iodée. Quinine 25 centigr.

1 cachet de pyramidon pour céphalée.

2 avril. — Temp. matin 37°. Soir 37°.

On continue les injections utérines iodées le matin et oxygénées le soir.

OBSERVATION XXXVIII

(inédite)

(Service de M. le D^r Bonnaire)

N° 464 du registre, année 1903

D. P..., 30 ans, ménagère. **V** pare. Entre le 9 avril à 10h.45 soir.

Pas d'antécédents héréditaires, ni pathologiques.

A marché à 13 mois ; réglée à 13 ans irrégulièrement.

Grossesses antérieures.

1^e Accouchement spontané à terme. Enfant vivant

2^e — — — — —

3^e — — — — — Enfant mort à 5 mois

4^e — — — — —

Père différent pour les 2 dernières et la grossesse actuelle.

Grossesse actuelle. — A terme, troublée par des vomissements bilieux chaque matin. Varices des membres inférieurs.

O I D P. — Engagement effectué. Membranes rompues.

Dilatation complète à 1 h. le matin.

Expulsion fœtale à 1 h. 10.

A 1 h. 40, la malade perd abondamment. Le placenta adhérent partiellement ne peut être décollé.

Il faut appeler l'interne M. Bosc, qui pratique assez facilement la délivrance artificielle.

A 2 h. celle-ci est achevée ; l'hémorragie s'arrête.

Mais elle a été assez importante pour nécessiter une injection de sérum artificiel.

Placenta : 540 gr., forme circulaire.

Membranes complètes 24/8.

Cordon normal.

Température normale.

OBSERVATION XXXIX

(inédite)

Service de M. le Dr Bonnaire.

(N° 636 du registre, année 1903)

P. G... 33 ans, ménagère, **II** **pare**. Entre à la salle de travail le 15 mai à 8 heures le soir.

Père mort de tuberculose pulmonaire ; pas d'antécédents pathologiques personnels ; réglée à 15 ans.

1 accouchement spontané à terme (en 1896), d'une fille vivante. Grossesse actuelle à terme. Urines albumineuses.

Elle est entrée en travail à 5 heures le soir.

On fait la rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. 10 h. 45.

A 11 h. expulsion spontanée d'un garçon vivant.

Inertie utérine, puis tétanisation. La délivrance ne se fait

pas. L'utérus prend la forme d'un sablier et remonte très haut.

A trois heures, on pratique la délivrance artificielle; le placenta était **enchâtonné dans la corne droite**.

On découvre un petit fibrome à la paroi antérieure de l'utérus.

Injection intra-utérine iodée.

Placenta : 600 gr.

Membranes complètes.

Cordon : insertion excentrique.

Suite de couches normales.

OBSERVATION XL

(inédite)

Service de M. le Dr Bonnaire, Année 1903.

N° 683 du registre.

S. M..., 28 ans, brodeuse, **primipare**, entre à midi, 26 mai.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires, ni personnels.

Réglée à 12 ans 1/2 régulièrement.

Accouchée en ville le matin à 7 h. 20', cette femme est amenée par une Doctoresse, qui apprend que la malade, aussitôt après l'expulsion, aurait eu une syncope prolongée pendant deux heures, et qui a été combattue par de la caféine et des injections de sérum artificiel.

Du reste, cette syncope aurait été suivie de plusieurs autres durant quelques minutes.

A onze heures, comme la malade commençait à perdre du sang, on pratique la délivrance artificielle.

Mais le placenta ne put être extrait complètement; la femme continuait à perdre. Nouvelle syncope. Un médecin appelé adresse la malade à l'hôpital.

A son arrivée, la malade est en état de syncope; on ne sent plus le pouls; la face est violacée.

Comme elle est amenée avec le diagnostic de rupture utérine, M^{me} Orsat met la main dans l'utérus, d'où elle retire un morceau de placenta, puis s'assure qu'il n'existe pas de rupture utérine, mais constate une déchirure du col s'étendant presque jusqu'à l'insertion vaginale.

Injection utérine iodée. Injection de sérum artificiel 500 gr. Ether. Todd. Linges chauds.

Une demi-heure après la température est de 36°.

Le poulx à 142 pulsations.

Placenta : 500 gr., forme circulaire.

Membranes déchirées.

Suites de couches. — La malade présentant des escarres vulvaires d'une fétidité extrême, est transportée à l'isolement, le 27 mai. On pratique 4 injections vaginales oxygénées dans la journée, et des attouchements à la teinture d'iode sur les escarres. Température normale.

28 mai. — Les escarres se détachent un peu ; température normale ; même traitement.

29 mai. — Température matin 37°4. Injection vaginale oxygénée. Amélioration des escarres. Injection intra-utérine oxygénée.

La malade a un abcès en voie de formation au membre inférieur droit, où avait été pratiquée en ville une injection de sérum artificiel.

30 mai. — Température matin 37°6 ; soir 38°6. Même traitement.

31 mai. — Température matin 37°8, soir 38°6.

Amélioration des escarres.

1^{er} juin. — Température matin 37°5 soir 38°4.

La malade se plaint de sa jambe droite. Même traitement pour les escarres.

2 juin. — Température normale. Injection vaginale oxygénée.

3 juin. — Température matin normale, et soir 37°8.

Pansement humide au sublimé de l'abcès de la cuisse.

4 juin. — Incision de l'abcès. Pus abondant et très fétide.
Drainage et pansement à l'eau oxygénée.
La malade passe ensuite en médecine.

OBSERVATION XLI

(inéдите)

(Service de M. le Dr Bonnaire, N° 719 du registre, année 1903).

J. M..., 40 ans, ménagère, **primipare**. Entre à la salle de travail le 3 juin, 7 h. le matin.

Pas d'*antécédents héréditaires*. — Elle a eu un érysypèle en 1897.

A marché à 13 mois; réglée à 15 ans.

Grossesse à terme, OIGA.

Taille petite.

Bassin triangulaire; diamètre PSP = 11,4 = 9,5 face antérieure du sacrum redressée. Ankylose sacro-coccygienne.

Entrée en travail le 2 juin à 6 h. le soir; dilatation complète le 3 juin, à 5 h. le soir.

Expulsion fœtale, à 5 h. 50.

Le placenta reste **enchâtonné dans la corne droite** de l'utérus, et à 7 h. 30, il faut pratiquer la délivrance artificielle. Injection intra-utérine iodée.

Placenta. — 480 gr., ovulaire.

Membranes. — Complètes 20,8

Cordon. — Insertion centrale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XLII

(inéдите)

(Service de M. le Dr Bonnaire, N° 719 du registre, année 1903.)

C. F..., 33 ans, **V pare**. Entre à 6 h. soir 10 juin.

A souffert d'une sciatique pendant 3 ans.

Grossesses antérieures. — 1892 Accouchement à terme d'une fille vivante élevée au biberon.

1896. — Accouchement prématuré à 8 mois 1/2 d'un enfant mort né.

1897. — Accouchement à terme d'un garçon mort 14 jours après sa naissance.

1899. — Accouchement à terme d'une fille vivante, à la Maternité de Lariboisière et dans lequel M. Keim pratiqua une **délivrance artificielle**. Les trois derniers enfants sont de père différent. La malade prend du sirop Gibert depuis 1899, d'après ordonnance de M. le D^r Bonnaire. Depuis 2 mois, elle est à l'iodure de potassium.

Grossesse actuelle. — A terme, OIGA.

Entrée en travail le 9 juin à 8 h. soir ; rupture précoce des membranes le 10 juin, 5 h. soir ; dilatation complète à minuit ; et expulsion fœtale à minuit le 11 juin.

La délivrance ne se fait pas, et deux heures après survient une légère hémorragie. On pratique alors la délivrance artificielle : le placenta était adhérent dans la corne droite. Injection utérine iodée.

Placenta. — 480 gr., circulaire.

Membranes. — Complètes.

Cordon. — Insertion excentrique.

Suites de couches. — Normales.

OBSERVATION XLIII

(Inédite)

(Service de M. le D^r Bonnaire). — Année 1903,
n° 821 du registre.

D. M..., domestique, 35 ans, **III pare**. Entre à la salle de travail le 24 juillet, à 6 heure le matin.

Antécédents héréditaires nuls. Comme antécédents personnels, scarlatine et rougeole dans son enfance.

Réglée à 18 ans.

Grossesses antérieures. — 1^o Un avortement de 3 mois en 1898.

2^o Un avortement de 2 mois en 1902.

Grossesse actuelle : à terme, quantité notable d'albumine dans les urines ; varices des membres inférieurs.

O. I. G. A. — Entrée en travail le 24 juillet au matin à 6 h. — Dilatation complète à 7 h. 30' le soir. — Rupture artificielle des membranes.

Expulsion fœtale à dix heures le soir.

Immédiatement après, se produit une perte abondante de sang. Pouls à 96°. Injection chaude sans résultats. Comme la perte devient plus abondante et le pouls accéléré, on pratique la délivrance artificielle.

Le placenta est adhérent assez solidement au **fond de l'utérus** et au **niveau de la corne gauche**, le décollement est rendu lent et laborieux.

La perte sanguine abondante nécessite une injection de sérum artificiel.

Injection intra-utérine iodée ; piqure d'ergotine.

Placenta : 770 grammes.

Membranes déchirées.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XLIV

(Inédite)

(Service de M. le Dr Bonnaire). — Année 1903,

n° 1122 du registre.

G. V..., 34 ans, ménagère, **VII pare**. Entrée au dortoir le 25 septembre à 3 h. 45 du soir.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels pathologiques.

A marché à un an, réglée à 17 ans.

Grossesses antérieures. 1^{ère} en 1890. — Accouchement spontané à terme d'un garçon bien portant.

II^e en 1892. — Accouchement spontané à terme, garçon mort à 5 mois d'une bronchite. Au 5^{me} mois de cette grossesse, la malade eut une bronchite qui fut soignée à l'hôpital même de Lariboisière, salle Aran.

III^e. — **Avortement** de quatre mois.

IV^e. — Accouchement à terme d'une fille morte à 15 jours.

V^e. — Accouchement à terme d'une fille morte à un an, de rougeole.

VI^e. — Accouchement spontané à terme, garçon bien portant.
Grossesse actuelle à terme, O. I. G. A., engagée.

Le travail a commencé le 25 septembre à 3 heures du soir, rupture prématurée des membranes à 3 h. 45, dilatation complète à 5 heures. Expulsion spontanée à 5 h. 20'.

A 6 h. 30' la délivrance n'est pas effectuée, et la malade commençant à perdre du sang, on prévient l'interne, M. Mettey, qui pratique immédiatement la délivrance artificielle. Le placenta *adhérait* au fond de l'utérus par sa partie supérieure.

Injection intra-utérine iodée.

Placenta, 470 grammes.

Membranes complètes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XLV

(inédite)

(Service de M. le D^r Bonnaire) année 1903, n° 1139
du registre

S. M... 22 ans, couturière, **primipare**. Entre le 29 septembre, à 1 h. le matin.

Pas d'antécédents héréditaires, ni pathologiques. Réglée à 13 ans.

Dernières règles le 28 décembre 1902.

Cette malade accouchée en ville ne put être délivrée que d'une partie de son placenta.

À son arrivée, on constate à la vulve un écoulement de sang considérable. La face est pâle, le pouls petit et rapide, les extrémités froides : en un mot, il y a les signes d'une grande hémorragie.

L'interne, M. Mettey, est immédiatement prévenu, et en attendant son arrivée, l'on pratique une injection vaginale chaude. Il trouve un utérus tétanisé, avec rétraction du col, qui nécessite une dilatation bi-manuelle laborieuse, il peut enfin extraire un *morceau de placenta resté adhérent*.

On avait fait en ville deux injections d'ergotine !

Après l'extraction du morceau resté adhérent, on pratique une injection intra-utérine iodée et une piqûre d'ergotine. Injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum artificiel.

Suites de couches. — Grande faiblesse; pas de température.

Part sur sa demande, non rétablie, le 6 octobre 1903.

OBSERVATION XLVI

(inédite)

(Service de M. le Dr Bonnaire) année 1903 n° 1187
du registre

D. M..., 43 ans, couturière, **VI** pare, entre à la salle de travail 2 h. le matin, 10 octobre.

Père et mère morts de ?...

Comme antécédents pathologiques personnels : scarlatine et varicelle.

Grossesses antérieures :

I. 1896. — Avortement de 6 mois, avec **réten-tion placen-taire**.

II. 1897. — Accouchement à terme d'un enfant mort à

6 mois de diarrhée. Hémorragie de la délivrance par **adhérence placentaire**.

III. 1898. — Accouchement à terme d'une fille bien portante. Délivrance normale.

IV. 1900. — Accouchement à terme, fille morte. **Délivrance artificielle**.

V. 1901. — Accouchement à terme d'un garçon mort à quatre mois. **Délivrance artificielle**.

Grossesse actuelle, à terme, au cours de laquelle elle aurait eu des *douleurs abdominales*.

O. I. G. A. engagé.

Entrée en travail à minuit. Dilatation complète à 5 h. 30 et rupture spontanée des membranes.

Expulsion fœtale à 5 h. 50.

Immédiatement après, la malade se met à perdre du sang.

Le placenta ne se décolle pas. L'on fait des injections chaudes et même l'expression utérine. Mais l'hémorragie persiste, abondante. Enfin, M. Mettey appelé pratique la délivrance, artificielle du placenta décollé partiellement et **extrêmement adhérent**.

L'hémorragie cesse, injection intra-utérine iodée.

Le pouls qui était à 120, tombe à 104 après une injection de 600 gr. de sérum artificiel.

Deux heures après, il était à 100 pulsations.

Placenta 570 gr., discoïde,

Membranes incomplètes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XLVII

(inédite)

Service de M. le D^r Bonnaire, Année 1903, N^o 876 du registre

L. J..., 26 ans, travaille dans une fabrique de faux-cols,
Il pare.

Entrée au dortoir le 4 août et à la salle de travail le 5 août 6 h. matin.

Antécédents pathologiques : Mère morte cardiaque ; père tuberculeux ; antécédents pathologiques personnels : nuls.

A marché à 13 mois ; réglée à 12 ans.

Grossesse antérieure. 1902. Un avortement de deux mois, dont les suites ont exigé un **curettage**. **Métrite consécutive**.

Grossesse actuelle à terme. OIDP Engagée.

Entrée en travail le 5 août 1 h. du matin, dilatation complète à midi 30. Rupture artificielle des membranes. Liquide amniotique verdâtre.

Expulsion fœtale spontanée à 2 h. du soir le 5 août.

Placenta dégagé par sa face fœtale, 25' après l'accouchement. Poids 750 gr. **paraissant complet** ; *membranes* complètes. Insertion excentrique du cordon. Presque aussitôt après la délivrance, la femme se met à perdre assez abondamment ; le poulx s'accélère. Injection utérine iodée à 48° ; la perte continue ; poulx à 120° ; ergotine ; injection de sérum 500 gr. ; groogs chauds.

La malade va mieux, ne perd plus.

12 août, 6 h. soir, passée à Perreau.

Lymphangite de la cuisse droite au niveau de l'injection de sérum artificiel, pansements humides chauds, crevasses des mamelons, attouchement iodé.

13 août. — Température matin, 37° 6, poulx 104, soir 38° 2, poulx 120.

Lochies très fétides. — Utérus un peu douloureux injection utérine à la liqueur Labarraque.

14 août. — Température matin, 37° 2, poulx 100, injection vaginale liqueur Labarraque.

Abcès de la cuisse droite, incision, pus huileux ressemblant à de la moelle osseuse, pose d'un drain, pansement humide. Les crevasses des mamelons vont mieux.

4 h. soir. — Température 37° 4, poulx 92, lochies moins fétides, injections vaginales liqueur Labarraque.

16 h. soir. — La *malade perd brusquement des caillots*; injections vaginales à 48°.

6 h. 1/2. — *Suintement sanguin, le vagin est rempli de caillots*; les doigts introduits difficilement dans l'utérus ont la sensation comme d'une portion placentaire; malgré les injections utérines qui lui sont faites, la malade continue à perdre. Le poulx devient fréquent, irrégulier, éther, caféine en injection; todds.

Curettage, extraction de débris.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée, attouchement iodé, 1 piqure d'ergotine, la malade est bien réchauffée, le poulx redevient régulier.

10 h. 1/2 soir. — Température 38° 6, poulx 118. La malade a passé une bonne nuit.

15 août. — Température matin, 37° 4, poulx 130, injection utérine iodée, utérus non douloureux, pansement de l'abcès, 1 gr. de calomel.

Temp. soir 37° 6; poulx 136; injection utérine oxygénée.

16 août — Temp. m. 37° 6 poulx 124; injection vaginale liqueur Labarraque — pansement de l'abcès temp. soir 38° 4 poulx 118 — injection utérine iodée.

1 heure après grand frisson (20 m.) temp. pendant le frisson 40° 2; Linges chauds, todds.

17 août — Temp. m. 37° 6; poulx 128; injection ut. oxygénée M. Demelin ordonne des injections vaginales pansement de l'abcès, non douloureux temp. soir 40° poulx 134; lochies encore fétides, injection vag. liq. labarraque; quinine 0 g. 50, a toujours des selles fétides.

18 août — Temp. matin 38° 8 p. 120 — inj. vag. oxygénée pansements humides chauds.

Temp. s. 38° 8 poulx 116, inj. vag. liqueur Labarraque, quinine 50 cg,

19 août — Pansements humides chauds; injection vagin.

oxygénée et à Labarraque — Stomatite — gargarismes au chlorate de potasse.

Temp. m. 38° — p. 108.

— soir 38°2 — p. 120,

20 août Pansement humide, pas de pus, lochies fétides — injection vaginale — collutoire boraté

Temp. matin 37°6 pouls 108

— soir 38°4 — 116

21 août — Pansement humide ; lochies fétides ; injection vagi. eau oxygénée et liqueur Labarraque ; Collutoire boraté.

Temp. m. 37°2 pouls 100

— s. 39°6 p. 120

22 août — Pansement humide — gardes robes très fétides, collutoire boraté, lochies fétides, injections vaginales et utérines à l'eau oxygénée et permanganate de potasse.

Temp. m 37°8 — pouls 100.

— s 39° — p. 116.

23 août — Pansement humide collutoire boraté. injection ut et vag. à l'eau oxygénée et au permanganate de potasse.

Temp. m. 40 pouls 120

— s. 38°2 pouls 120

24 août — Pansement humide chaud — plaie presque refermée collutoire boraté, injection utérine et vaginale à l'eau oxygénée et au permanganate.

Temp. m. 39°4. pouls 110.

— s. 40° pouls 120.

25 août — Pansement humide chaud — collutoire boraté, col fermé ; injections vaginales.

Temp, m. 37°6 pouls 100

— s. 38°4 pouls 110

quinine 1 gr. entéroclyse.

26 août — Pansement humide, collutoire boraté.

à 3 h. du matin la malade se plaint de très vives douleurs

dans la cuisse et la jambe gauche qu'elle remue difficilement
œdème.

Enveloppement chaud.

Temp. m. 37°2 poulx 96.

— s. 38°5 poulx 115.

27 août. — L'abcès de la cuisse est complètement guéri.

Phlegmasia de la jambe gauche.

Enveloppement chaud et immobilisation.

Temp. m. 38° 4, poulx 108.

s. 39°, poulx 116. quinine

6 septembre. — La malade déclare ne plus souffrir de la
jambe gauche, mais la droite est excessivement douloureuse;
enveloppement chaud et immobilisation.

Temp. m. 37° 5, poulx 116.

s. 39°, poulx 116.

7 septembre. — Enveloppement chaud, immobilisation.

Temp. m. 37° 5, poulx 116.

s. 38° 3, poulx 100.

8 septembre. — même traitement.

Temp. m. 37° 4, poulx 100.

s. 37° 6, poulx 112.

9 septembre. — Etat général meilleur, souffre moins de ses
jambes : même traitement est suivi.

Temp. m. 37°, poulx 100.

s. 37°, 2 poulx 100.

10 septembre. — Collutoire boraté, enveloppement chaud et
immobilisation des deux jambes.

Temp. m. 37°, poulx 100, s. 38°, poulx 104.

11 septembre. — Même traitement, temp. normale.

12 septembre. — même traitement temp. m. 37° poulx 96
s. 38°, poulx 110.

13 septembre. — Même traitement, temp. m. 36° 8, poulx 100
s. 38°, p. 100.

14 septembre. — Temp. m. 37°, poulx 96, s. temp. 38°
poulx 102.

15 septembre. — Collutoire boraté, enveloppement chaud et immobilisation des deux jambes.

Temp. m. 36°6, pouls 90.

s. 37° 9, pouls 110.

16 septembre. — Même traitement, temp. m. 36°8, pouls 102.

s. 37°9, pouls 110.

Temp. m. 37° 2, pouls 104.

s. 38° 5, pouls 116.

28 août. — Collutoire boraté, enveloppement chaud et immobilisation de la jambe malade.

Temp. m. 37° 5, pouls 100.

s. 38° 8, pouls 120.

28 août. — Même traitement.

Temp. m. 37° 5, pouls 96.

s. 38° 8, pouls 104.

30 août. — Collutoire boraté, enveloppement chaud, immobilisation de la jambe gauche.

Temp. m. 37° 2, pouls 108.

s. 38° 2, pouls 112.

31 août. — Même traitement; la malade se plaint de vives douleurs dans les deux jambes.

Temp. m. 38°, pouls 104.

s. 38° 6, pouls 112.

1^{er} septembre. — Collutoire boraté; immobilisation des deux jambes.

Temp. m. 37° 6, pouls 112.

s. 39°, pouls 114, quinine 1 g.

2 septembre. — Même traitement.

Temp. m. 37° 6; pouls 100.

s. 38° 3, pouls 102. inj. vaginales.

3 septembre. — Temp. m. 38° 4; pouls 112.

s. 38° 8, pouls 116. quinine 1 g.

4 septembre. — Collutoire boraté, enveloppement. immobilisation des deux jambes,

Temp. m. 38° 2, pouls 100.

s. 38°, pouls 100.

5 septembre. — Même traitement.

6 octobre. — Temp. normale, friction stimulante et massage.

7. — Bain alcalin d'une durée de 10 m. suivi d'une friction stimulante des deux jambes ; léger frisson lorsque la malade est remise dans son lit. Temp. normale.

8. — Temp. normale, on lève 1 heure la malade.

9. — Temp. normale. Bain alcalin, friction stimulante.

10. — Même traitement. La malade est levée tous les jours.

11. — Temp. normale, friction stimulante, massage au niveau de la cheville gauche, bas à varices.

12. }
13. } Même traitement.

14. — La malade essaie de marcher.

15. — Même traitement.

16. — Soir : temp. 39°. La malade ressent un malaise général. On ne trouve rien à l'auscultation.

17. — Temp. mat. 36°8. Soir : 38°.

M. le docteur Bonnaire attribue cette élévation de température au froid et à de l'infection intestinale.

18. — Temp. normale, purgation huile de ricin, garde robes liquides fétides.

19. — Temp. normale, friction, massage.

20. — Temp. normale. 2 verres eau de Sedlitz, garde robes fétides et abondantes.

21. — Temp. normale, la malade est faible, se tient difficilement debout.

22. — Eau de Sedlitz, selles liquides fétides.

23. — Partie au Vésinet.

CONCLUSIONS

I). L'adhérence normale du placenta est essentiellement constituée par la *villosité crampon*, bourgeonnant par son épithélium et s'implantant dans la couche déciduale avec laquelle elle se fusionne.

Le placenta, néoformation en vue de la nutrition du fœtus, utilise le sang maternel dans l'*espace interchoriodécidual*, par l'intermédiaire du *syncytium* qui serait le laboratoire où la circulation fœtale viendrait puiser les éléments qui lui sont nécessaires.

L'étude de cet *espace interchoriodécidual*, véritable lac sanguin, clos au pourtour du placenta par le bourrelet de la caduque, nous fait prévoir combien terrible sera l'hémorragie causée par le décollement partiel du placenta.

Nous avons été conduit à attribuer un rôle capital à la *cellule déciduale de la sérotine*, dont la formation est intimement liée à la grossesse, et qui, par son développement énorme, a écrasé la couche spongieuse.

Mais vers le milieu de la grossesse, les *cellules déciduales* entrent en *régression lente*, laissant la

couche spongieuse récupérer progressivement sa constitution et ses limites primitives. Et c'est en pleine couche spongieuse rendue moins résistante par son lacs de mailles légères que se trouve le point d'élection du *clivage placentaire*.

Cette conception tend donc à rétablir celle de Guéniot invoquant la *maturité du placenta*.

Mais ce travail de maturité ne suffit pas pour expliquer la chute du placenta. Il faut encore l'intervention de causes déterminantes que nous trouvons dans l'étude des *phénomènes physiologiques* de la délivrance.

II). Nous avons envisagé les manifestations cliniques des adhérences anormales du placenta, dans la délivrance d'abord et dans les suites de couches ensuite.

Nous avons proposé de diviser les adhérences cliniques dans la délivrance en deux classes :

a) *Franches*, c'est-à-dire se présentant par la rétention même du placenta avec les signes qui en différencient la nature.

b) *Insidieuses* c'est-à-dire ne se découvrant que par la révision minutieuse de l'arrière-faix.

Les adhérences franches sont surtout dangereuses quand elles sont partielles et intimes par l'hémorragie violente qu'elles occasionnent. Elles peuvent, du reste, être totales ou partielles, légères ou intimes et compliquées de tétanos utérin avec enclavement du placenta, fermeture du col sur le déli-

vre, rupture du cordon, inversion de la matrice, déchirure et même rupture utérine, etc.

Les adhérences insidieuses sont caractérisées par une rétention cotylédonnaire qui, passant inaperçue, peut amener des suites de couches désastreuses.

Tout placenta ou cotylédon retenu peut être expulsé en entier sans infection et même sans avoir occasionné d'hémorragie après un séjour plus ou moins long dans l'utérus. Longtemps on a considéré comme réelle la *résorption* du placenta ou d'un fragment resté dans l'utérus.

L'élimination peut se faire par *putréfaction* avec infection puerpérale ; souvent la rétention se manifeste sous forme d'*hémorragies* dangereuses par leur répétition.

Aujourd'hui, la conception de la résorption placentaire tend à disparaître pour faire place à celle du *polyype placentaire*. Le *déciduome malin*, conséquence plus fréquente de la rétention placentaire dans l'avortement ou l'accouchement prématuré, se rencontrerait rarement dans celle de l'accouchement à terme.

III). Au point de vue macroscopique, le placenta qui a présenté des adhérences anormales peut offrir des aspects variés, rendus même fantaisistes par la description des anciens auteurs. Très souvent sa surface utérine est dure, ligneuse et blanchâtre ; d'autres fois, elle ne présente rien d'anormal.

Au point de vue microscopique, les recherches les plus récentes coïncident à trouver une *altération de*

la sérotine, sinon sa complète disparition, ainsi que celle de la couche spongieuse, et en place la formation de tissu d'union, nettement fibreux pour certains cas. Caractère important, cette modification serait accomplie sans aucune trace d'inflammation.

IV). En dehors de l'inertie utérine pure, ou même associées à celle-ci, un certain nombre de causes d'ordre mécanique peuvent mettre obstacle à l'accomplissement du clivage placentaire, et se manifester cliniquement par des adhérences anormales légères ou venir compliquer des adhérences intimes.

Ces dernières seraient expliquées par des altérations antérieures de la muqueuse (extractions manuelles du placenta, curettages, endométrites, grossesses répétées, etc.), qui auraient eu pour résultat de rendre cette muqueuse insuffisante à fournir aux villosités crampons, une sérotine capable de les fixer. Celles-ci alors s'uniraient, se fixeraient aux parois de l'utérus par du tissu de néoformation qui constituerait les adhérences anormales.

Pour expliquer les adhérences anormales du placenta chez les primipares, M. le professeur agrégé Fabre invoque une insuffisance congénitale.

Pourtant, nous avons été amené à faire intervenir comme hypothèse le manque de régression ou la régression insuffisante des cellules déciduales de la sérotine, empêchant le développement de la couche spongieuse propice au clivage. Ce manque de régression des cellules déciduales serait dû à leur excès de

vitalité dans des muqueuses utérines vierges de toute altération antérieure.

V) 1° Pour toute hémorragie de la délivrance, on portera immédiatement la main dans l'utérus.

S'il y a adhérence anormale du placenta, cette main poussée doucement entre la paroi utérine et la face utérine du placenta décollera ce dernier par des mouvements de *coupe-papier*.

Si les adhérences sont intimes : *pétrissage* des cotylédons.

2° Quand l'adhérence est totale : *expectation*.

Mais si l'on ne peut surveiller l'accouchée, si le col tend à se refermer, s'il y a menace de tétanisation utérine et d'enchâtonnement du placenta, il faut pratiquer immédiatement la délivrance.

3° Si le placenta n'a pu être extrait : « *patience et antisepsie*. »

Vu :

Le Président de la Thèse,
F. BUDIN.

Vu

Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT (L). — Des adhérences anormales du placenta, Paris. *Th. de Doctorat*, 1878.
- ALEXANDROFF. — 1900. Sur l'adhérence du placenta fœtal. *J. Akursh. I. Jensk. Boliez. St-Pétersbourg*, 1900 XIV 453-460. 1 figure.
- BADFORD (T). — 1832. On the structure of the human placenta and its connections with the uterus. Manchester. 1832-8°.
- BARKOW. — 1838. Ueber die functionen der placenta. *Ausz. a. d. Nebers d. Srb. n. Verand d. Sehles. Gesellsch. f. Waterl. Kult. Jahresb. D. Méd. Sect. Brest* 1838, 16 18.
- BAUMGARTEL (G) — 1871. Placenta adhärens. Lösung derselben in der chloroform narknose. *Zeitschr f. Winedarzte n. Geburtsh. Stuttg.* 1871 XXIV, 248-254.
- BERNARD (C). — 1879. Sur une nouvelle fonction du placenta. *J. de la physiologie de l'homme. Paris* 1859. II. 31-44, 1 pl.
- BIDDER (E) 1867. Zur histologie der Nachgeburt. 1867. II. 167, 187, 1 pl.
- BLANCHER (R). — Ueber den Bau der Menschlichen Placenta *Centralbl. F. Gynak. Leipz.* 1901 XXV. 548-51.
- BLOCH (L). — 1889. Ueber den Bau der menschlichen Placenta. *Beitr. Z. Path. Anat. N. Z. Allg. Path. Jena.* 1889. IV. 557-592, 5 pl.

BONNAIRE ET LETULLE. — Le déciduome malin dans ses rapports avec la môle hydatiforme. (Les placentomes). Rev. de Gynéc. T. V. 1901 n° 4 juillet août p. 537-576. avec 5 fig. dans le texte, 2 pl.

BRACHET. Revue médicale. 1828. étude sur les placentites.

BUSTAMANTE (F. E). — 1868. Etudes sur le placenta. Paris 1868, 4°.

BRIQUEL. Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires (placentomes malins), 1903.

BUDIN ET DEMELIN. Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement, 1904.

BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale 1889.

BUDIN (P.). Déciduome malin. Traité de l'art des accouchements par Tarnier et Budin, tome IV 1901, p. 125-129.

CASTELLS (F.). — 1889. Extracción manual del a placenta y peligros que aprece en caso de adherencias. An. de. obst. ginecopat y pediat. Madrid 1889, IX. 289-292.

VAN CAUWENBERGHE (L.). — 1871. Sur l'anatomie physiologique et la pathologie du placenta. Gand. 1871 8°

CHARPENTIER. — Des maladies du placenta et des membranes, 1869.

— Traité pratique des accouchements, 1889.

CLARKE (A. P.). — 1890. Adherent placenta; its causes and management. Tr. am. ass. obst. et gynec. Phila, 1890. ūc, 24-30.

CLAY (C.). — 1886. Abortion, adherent placenta partly removed, partly left to nature. Br t. M. J. Lond. 1886. I. 927.

CLLET (H.). — 1823 Adhérence d'arrière-faix suivied'hémorragie, de métrite, de péritonite et d'entérite. Guérison. In hist. obs. med chir. Lyon. 1823, 8° 17-21 ph.

- CORDELL (E. F.). — 1880. Case of adherent placenta after miscarriage profuse hemorrhage, removal under chloroform, by the entire hand in the vagina. *Med. a Surg. Rep. Phila* 1880. V. II. 42.
- DABRYMPLE (J.). — 1842. On the structure and functions of the human placenta. *Med. Chir. Tr. Lond* ; 1842. XXV. 21. 9. 1 pl.
- DALTON (J. C.). — 1858. Anatomy of the placenta. *Am. N. Month. N. Y.* 1858 X. I-14.
- DAVIES (H.). — 1800. A favorable termination of an adhesion of the placenta after delivery. *Med. a Phys. J. Lond.* 1800. III-6-8.
- DELHAYE (V.). — 1859. Observations médico-chirurgicales sur l'adhérence morbide du placenta, accidents graves : métrite traumatique, fièvre puerpérale, etc.) qui peuvent être le résultat de son extraction subite et forcée. *J. de Méd. clin. et pharm. Brux.* 1859, XXIX. 215-224
- DELORS. — 1863. Adhérences utéro-placentaires, donnant lieu à des accidents graves mais non mortels après l'accouchement. *J. de Méd. et de Chir. prat.* Paris, 1863. XXXIV, 117-119.
- DELORD (A.). — 1880. Note sur la disposition des vaisseaux placentaires. *Ann. de gynéc.* Paris 1880, XIII, 186-189.
- DOUCET (F. O.). — 1828. New mode of detaching the placenta in cases of partial adhesion and hemorrhage. *N. York. M. a Phys. J.* 1828. VIII. 522.
- ECKARDT (C. T.). — 1890. Beiträge zur Anatomie der Menschlichen Placenta. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynak. Stuttgt*, 1890. XIX, 193, 235, 3 pl.
- EDEN. — 1895. On the developpement and normal. structure of the human placenta. *Trans of the obs. of London*, juin et juillet 1895, p. 205.

- EDEN (T. W). — 1897. On the structure of the ripe placenta and the changes which occur in placenta retained in utero after the death of the foetus.
Tr. obst. soc. London (1896). XXXVIII, 360-378.
- EDHEM (J). — Contribution à l'étude histologique des adhérences placentaires
Bull. Soc. d'Obst. de Paris, 1903. VI. 251-262.
- ERCOLANT. — 1869. Atlas du mémoire sur la structure et la formation du placenta.
Paris, 1869, 4° 10 pl.
- ERCOLANI (G. B). — 1802. Nuove ricerche di anatomia normale e pathologica sulla placenta dei mammiferie della donna : Lettere tre.
Mem. Accad. d. se. d. Ist. di. Bologna, 1882, 4s. IV 707-788
3 pl.
- FELDER (W. L). - 1852. Adhesion of the placenta the topical use of creosote in affecting its detachment.
Charleston M. J. a Rev. 1852. VII. 464-667.
- FINZI (F). - 1891. Sulla struttura normale della placenta humana e sull' infarto bianco della medicina.
Riforma med. Napoli, 1891. VII, 75.
- FOCHIER. — De la caduque, *Thèse* Paris (1870).
- GODEFROY (A). — 1846. Du traitement des adhérences intimes du placenta. J. d. conn. méd. chir. Paris, 1846. 224-230.
- GOLTMAN. (A). — Adherent placenta. Ann. Gynac. a obst. J. N. Y. 1898. XII. 494.
- GOODSIR (J). — 1845. The structure of the human placenta
In. Goodsier (J). a. Goodsier H. D. L. Anat. a. Path. Obser. Edimb. 1845, 8° 50-53. 1 pl.
- GOTTSCHALK (S). — 1890. Beitrag zur für entwicklung geschichte chichte der menschlichen placenta. Arch. f. gynaek. Berl, 1890. XXXVII. 251-258. 1 pl.

- GUÉNIOT. — 1874. Sur les adhérences anormales du placenta. *Gaz. des hôpitaux*, Paris 1874. XLVII. 1001. 1033. 1089, 1131, 1180.
Sur les adhérences anormales du placenta (Obst).
J. D. Sages-Femmes. Paris. 1874. II 162-164.
- HAMILTON. — (C. W). 1877. The removal of adherent placenta from the uterine cavity. *Med. Press. & Circ. London* 1877 n. s. XXII, 489. XXIII. 105.
- HANCOX. — 1858. Adhesion of the placenta after delivery. *Brit-M. J. London* 1888. 373.
- HART. (D. R.). — 1890. A contribution to the pathology symptoms, and treatment of adherent placenta. *Rep. bal. Roy. Coll. phys. Edimb.* 1890 II. 98-102.
- HEINZ (R). — 1888. Untersuchungen über den Bau und die entwicklung der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gynäk. u. Placent.* Berlin 1888, XXXIII, 413-442.
- HENNIG (L). — 1873. Beiträge zur anatomie, Phys. und pathologie der placenta. *Schmidts Jarkb. Leipz.* 1873 C L X 188-199.
- HENSE. — Adhærenz der placenta (aus der Königl. Universitäts Frauen Klinik in Königsberg) Mit 2 Abb. 1901 Bd. 45, p. 272-280.
- HEUSTIS (J. W). — 1834. On the permanent adhesion or incorporation of the placenta with the substance of the uterus *Am. J. M. Sc Phila.* 1834 XV. 106-112.
- HICKS (J. B.). — 1872-3. The anatomy of the human placenta *Tr. obst. Soc-London* (1872) (1873) XIV, 149-189 1 pl.
1873-4 On the anatomy of the human placenta. *Obst. J. Gr Brit London* 1873-4, I, 663.
1874 d. On the anatomy of the human placenta. *Obst J. gr. Brit. London* 1874 d. II. 17
- HOFMEIER. — 1890, Zur Anatomie der placenta. *Verhandl. d. deutsche Gesellsch. f. Gynak*, 1889. Leipz, 1890-287

- HOFMEIER. — Beiträge zur anatomie und Entwickelung der menschlichen placenta. Ztschs. f. Geburtsh. in gynäk, Berlin, 1896 XXXV, 3.
- HOOKE. — 1855-6 Adherent placenta. Boston. M. a S. J. 1855, 64 III, 13.
- HORROCKS, (P). — 1897-8. The structure of the placenta. Hunterian. J. Lond. 1897. 8. 123 151.
- HUNTER (J). — On the structure of the placenta. In his : Obs. on certain parts of the animal economy Lond. 1788. 4° 127-136. 1 pl.
- HYRTL (J). — 1870. Die Klutgefasse der menslichen Nachgeburt in normalen und abnormalen Verhältnissen. Vienne, 1870. fol.
- JONES (J. W). — 1857 8 Adhesion of the placenta. Atlanta W. a. S. J. 1857-8. III. 388.
- JOULIN. — 1865. Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme. Arch. gén. de Méd. Paris, 1865. II. 22-38.
- KERMANER (F). — 1902. Ein Fall von Placentarretention mit untersichung des retinirten Eitheile. Monatschr. f. Geburtsh u. Gynak, Berlin 1902. XVI. 975-979.
- KLEINWACHTER (L) 1902. Die Therapie de Retention der Placenta und deren Partlichen. Heilkunde. Wien. 1902 VI 443-445.
- LANGHANS (T). — Untersuchungen über die menschliche placenta. Mit 2 taf. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat Abth 1877.
- Ueber die Zellschicht des menschlichen chorion. Festschrift für Jacob Henle. Breitlage für. Anat. u. Embryol. S. 69-89, 1 Taf. Bonn. 1882.
- LEISS. — Central blatt. f. gynäk 1891 S. 648.
- LEMSE. (H.). — 1865. Die physiologische Lösung des Mutter Kuchens. Nach Beobachtungen. und Experimenten. Giessen. 1865. 8°

- LEOPOLD. — 1890. Ueber den Bau der Placenta. Verhandl. deutsche Gecelssh. f. Gynak 1889. Leipz. 1890-237.
- LEOPOLD. — 1899. Entwicklung und Bau der Menschlichen Placenta Arch. f. Gynak. Berl. 1899. t. XI. 2.
- LEVEAU (J. L.). — De l'adhérence du placenta sur le col de l'utérus. Paris, *Th. de Doct.* 1847, n° 256.
- LETULLE (M.). — 1901. Fonction sécrétoire du placenta humain. C. V. Soc. de Biol. Paris 1901, t. III. 5.
- LETULLE ET NATTAN-LARRIER. — 1901. Fonction sécrétoire du placenta. *Rev. de gyn.* Paris, 1901. V. 195.202.
- LIBERT (A.). — Essai sur les causes de l'adhérence du placenta. Paris. *Thèse de Doct.* 1874.
- LORIER (Felix). — 1903. Traitement de la retention placentaire post-abortive non compliquée. Paris. Michalon, 1903, 8° n° 443,110 p.
- MATHESON (A. R.). — 1891 The adherent placenta. Brooklyn. M. J. 1891. V. 176-183.
- MATHIAS DUVAL. — Le placenta des rougeurs. *Journal de l'anato. et physiolog.* 1889, vol. 25 p. 309-342 pl. 14-15 et p. 573-627 pl. 18-19. Le placenta des carnassiers. Paris, 1895. Fig. et tabl. de 13 pl.
- LEE (R.). — On the structure of the human placenta and its Conneixons with the uterus. Phila. Tr. London 1831-2, 57-66 2 pl.
- MERTHENS (J.). — 1894. Beitrage zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen placenta. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynak. Berlin, 1894, XXX. 1.
- MILLET (G.). — 1861. Recherches sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie placentaire. Paris. 1861 4°.
- MORDRET (A.). — 1855. Considération sur les adhérences du placenta à l'utérus (23 cas. *Ann. Soc. de Méd. de Gand* 1855. XXXIII. 9.
- NORDMANN (A.). — 1901. Zur Frage des Placenta adharenz. *Arch. 7. Gynak.* Berlin, 1901. LXV. 95-112.

- NYNLASY (F. A). — 1898. Further observations on the pathology of adherent placenta. intercol. M. J. Australas. Melbourne 1898. III. 398-404. Id. 1896. Some observations on the pathology and treatment of adherent placenta. Intercol. N. J. Australas. Melbourne 196. I. 145-150. 2 ch.
- O'REILLY (J). — 1860. The anatomy and physiology of the placenta. *Ann. The gaz.* N. Y. 1860. XI. 561-568. Id. 1801. A summary of the anatomy and physiology of the placenta. *Ann. Th. Gaz.* N. Y. 1161 XII. 173-217.
- PATELLANI (P). — 1890. Distribuzione dei vasi sanguigni nella placenta normale Atti. d. Soc. it. di ost.e. ginec. 1899. Roma 1900. VII. 44-80.
- PETERS (Hubert) Wien. — Ueber die Einbettung des menschlichen Eies und das frühest, bisher bekannte menschliche Placentationstadium. Mit 14 lithog-tafeler n. 1. Abb. im Text. Leipzig u. Wien, H. Denticke, 8° 142 ss. (An Centrall. 1899, n° 14. S. 378-380. Ueber früheste menschliche placentation Monats, 1899 Bd 9. Jan Hef 1. S. 41-59.
- PICOU (R) et Ramond. — Polype placentaire. *Bull. Soc. An.* Paris 1898 (25 mars) p. 223-225.
- POTEN W. — Die Verschleppung der Chorionzotten. Mit 7. Abb. auf. taf. VIII. *Archiv.* 1902, Bd 66. Heft 3 S. 590-617.
- PRAGER. — 1895. Zur ablosung der Placenta vonder uterinvand Fvauenarz, Berlin, 1895. XL, 64-67.
- PYLE (J P.). — 1882-83. On experimental recherche, on the utero placental circulation. Phila. M. Times 1882-83 XIII, 760.
- REED (CHAS. B). — 1899. Adherent placenta. *Ann. Gynace, a obst. J. N. Y.* 1899, XV, sept. 267-269.
- RICHTER (F). — 1835. Ueber die Placenta, ihre Losung und Wegnalme. Evlangen, 1835, 8°.
- RIGBY (E). — 1833. Structure of the placenta connexion

- between the foetal and maternal vessels. Lond. U. Gaz, 1833, XII, 527-531.
- ROBIN. — 1856. Notes sur les connexions anatomiques du placenta avec l'utérus. C. T. Soc. de Biol. Paris 1856. 87 21. IV, pt. 1. 34-41.
- RUGE (CARL). — Ueber menschliche placentation. Verbrandl des Ges. f. Geb. u gyn. zu Berlin. Sitzung vom 10 Juni 1895. Zeit 1898, Bd. 39, Heft 3 S. 550-588.
- SANCHEZ (D. R.). — 1903. Conducta seguida en varios casos de retention placentaria. Oto. Rino. Laryngol espâno. Madrid. 1903. V. 23-36.
- SENA-GUNENO (E). — 1823-84. Distocia fetal, cyua causa leside en los anexos del feto; adherencia anormal de la placenta alunbramiento artificial. Cron. Med. Valencia 1883-84 VII. 548-581.
- SCHEULEN (L) — 1833. Placentæ humanæ physiologia et pathologia Bonnae. 1833, 8°.
- SCHOLTEN (R). — und Veit (V) Weitere Untersuchungen über Zotten deportation und ihre folgen. Centralb., 1902, Bd 26 n° 7, S. 169-181.
- Syncytiolyse und Haemolyse. Ein breitage zur physiologie und pathologie der Schwangerschaft. Zeit 1903 Bd 49, Heft 2, s. 210-232.
- STEVENS (R.). 1842. 43. Démonstration and argument in évidence of the. True fonction of the spleen and the physiology of the placenta. Lancet. London. 1842.3. T 553.887.
- TARNIER ET BUDIN, — Traité de l'art des accouchements. 1901.
- TEYSSIER (J. de). — Des adhérences vraies du placenta. Lyon. 1904. 8°, N° 61. 84 p.
- TROVATI (G). — 1901. Sulla placenta umana. Arch. ital. de Ginec. Napoli. 1901 IV. 274.
- TUCKER. — 1901. The normal placenta. Woman's M. J. To lédo. 1901. XI. 1. 63 fig.

- TURNER (Sir W). — 1871-3. Observations on the structure of the human placenta. *J. Anat. a Physiologie*, Lons, 1871-3 VII, 120-133-1 pl.
- ULESKO-STROGANOVA. (K). — 1896. Beiträge zur Lehre von mikroskopischen. Bau der Placenta Monast. f. geburts u gynak Berlin, 1896, III, 207-240, 3 pl.
- VALENTA (A). — Ein Beitrag zur Anatomie der Placenta Wenbl. d. k. k. fesellsch d. aerzte in Wien., 1896, II, 717-719.
- H. VARNIER. — La pratique des accouchements obstétrique journalière 1899.
- VEIT (J). — Ueber deportation der chorionzotten (Verschleppung von gotten in mutterliche Blutbahnen) Mit taf IV-VII (8 fig.) u. 2 in den text. gedr. Abb Zeit 1900 Bd 12, Heft 3, S, 496-504.
- VILLENEUVE. — De l'absorption du placenta gaz. med. Paris 1838 N° 28.
- VULLYAMOR. — 1839-46. Mémoire suivi d'observations sur l'emploi de la grande eau en injection dans le cas d'adhérence de placenta (Rap. de Capuron). *Bull. Acad. de med.* Paris 1839-40. IV. 412.
- WALDEYER (W). — 1890. Bemerkungen über den Bau der Menschen und affen placenta *Arch. f. mikr. Anat Boun* 1890 XXXV. 1-51, 2 pl.
- WEBSTER (J. Clarence). — Human placentation. *An. Monats* 1901. Bd 14, S. 721-724. *In discussion*: Findley, 21 nov. 1902.
- WILLEMS. — 1854. Quelle est la conduite de l'accoucheur dans le cas d'adhérence morbide du placenta? Existe-t-il des signes auxquels on peut reconnaître cette affection? (Rap.). *Annale soc de médecine F.* XXI. 75-85.
- WINKLER (F.n), — 1872. Zur Kenntniss der menschlichen placenta. *Arch. f. gynack.* Berlin. 1872. IV. 238, 265. 1 pl.

Sens. — Imprimerie MIRIAM, 4, rue de la Bertauche.
